



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Julieta Martins Lucas

Decisão de Não Reanimar um Doente em Cuidados Intensivos- Vivências dos Enfermeiros

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Aurora Pereira (Orientadora)
Professora Arminda Vieira (Coorientadora)

Dezembro de 2012

Agradecimentos

À Profª. Doutora Aurora Pereira e Profª. Arminda Vieira, orientadora e coorientadora respetivamente, deste trabalho, pela partilha de sabedoria, espírito crítico, dedicação, sugestões e orientação cuidada, e por toda a disponibilidade dispensada!

À Profª. Doutora Isaura Peixoto, que iniciou a orientação deste trabalho, por todo o apoio, dedicação, incentivo que me deu, pelas suas críticas e sugestões enriquecedoras!

A todos os participantes, que amavelmente aceitaram cooperar e contribuíram para a realização deste trabalho, sem a ajuda dos quais a sua realização não teria sido possível!

Aos meus colegas, companheiros e amigos de Mestrado, pelo acompanhamento e apoio ao longo deste caminho!

Ao meu amigo Rui, por tudo...

A toda a minha família, que com todo o seu apoio incondicional me ajudou de uma forma muito particular na elaboração deste estudo.

Às minhas irmãs, Paula e Adriana, pelo apoio e suporte incondicionais para a realização deste meu projeto e pela compreensão e ajuda, por me fortalecer e reerguer nos difíceis momentos que vivi durante esta caminhada!

Ao meu filho André, que me acompanhou desde o início deste percurso, em cujo olhar e palavras de incentivo pude encontrar o brilho que me inspirou, motivou e não me deixou baixar os braços!

Por fim, a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho...

O meu Muito Obrigada!

Ao meu filho André!

*“ Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe
e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve...
A vida é muita para ser insignificante.”
(Charles Chaplin)*

Resumo

No exercício profissional em cuidados intensivos, os enfermeiros são confrontados com doentes em estado crítico com indicação de DNR, que carecem de cuidados de qualidade, numa visão holística da Pessoa, necessitando de uma contínua supervisão e monitorização exigindo cuidados de enfermagem mais intensos, diferenciados e humanizados.

Foi o reconhecimento desta realidade que nos conduziu ao desenvolvimento deste estudo com o objetivo de compreender as vivências dos enfermeiros perante a situação de doentes com DNR, contribuindo para uma melhor intervenção dos enfermeiros de Cuidados Intensivos à pessoa em situação crítica em fase de fim de vida.

O estudo é de natureza qualitativa, do tipo descritivo, com características fenomenológicas, e nele participaram enfermeiros de uma UCI e a recolha de dados foi realizada através da entrevista semiestruturada. Os resultados obtidos permitiram: perceber os sentimentos/reações vivenciados pelos participantes do estudo no âmbito do cuidar do doente em situação de DNR e que passam pela ansiedade, choro, angústia, tristeza, revolta, impotência e desconforto; os fatores que interferem na vivência dos enfermeiros perante a DNR estão relacionados com os intervenientes- doente, família e enfermeiro, com a situação e a dinâmica da equipa multidisciplinar; as implicações das vivências fizeram-se sentir tanto a nível pessoal como profissional na vida dos enfermeiros; e as estratégias para lidar com a situação de DNR, passam pela promoção de momentos de partilha/reflexão das vivências, aquisição de conhecimentos, reflexão individual, desenvolvimento da espiritualidade e mecanismos de fuga.

Cabe ao enfermeiro proporcionar um acompanhamento ao doente/família na caminhada final da vida, sendo este quem mais cuida do doente, o ouve e ajuda, sendo muitas vezes, a ponte de comunicação entre doente/família e a restante equipa multidisciplinar.

Deste estudo ressalta a necessidade de criar espaços de reflexão/partilha das vivências dos enfermeiros, onde os profissionais possam falar e refletir sobre os sentimentos e reações face ao doente com DNR. É importante promover estes momentos, tendo em conta que a reflexão e partilha de ideias/experiências podem ser de grande utilidade para a compreensão das vivências e a reflexão sobre as práticas pode ajudá-los a prepararem-se

melhor para lidar com o processo de morrer dos doentes tornando-o mais humanizado. Investir na integração dos enfermeiros no serviço dando mais importância ao conhecimento das normas e procedimentos da unidade e a aposta na formação contínua dos enfermeiros podem constituir uma mais-valia para a intervenção dos enfermeiros proporcionando um maior envolvimento dos enfermeiros na equipa multidisciplinar.

Palavras-chave: Vivências dos enfermeiros, Cuidar em Enfermagem, Decisão de Não Reanimar, Cuidados Intensivos

Dezembro de 2012

Abstract

Working in an Intensive Care Unit, nurses are confronted with critically ill patients with a DNR order, who need quality care, an holistic view of the person, also requiring continuous monitoring and supervision, as well as rigorous, differentiated and humanized nursing care.

It was the recognition of this reality that led us to develop this study in order to understand the experiences of nurses who provide care to patients with a DNR order, thus contributing to better care of the person in critical condition at the end of its life by Intensive Care Unit nurses.

This study has a qualitative, descriptive approach, with phenomenological features, and was conducted with ICU nurses, data collection having been conducted through a semi-directed interview. The results allowed us to: realize the feelings/reactions experienced by the study participants concerning the care of the patient with a DNR order, who experience anxiety, tearfulness, anguish, sadness, anger, helplessness and discomfort; the factors that influence the experiences of nurses towards DNR orders and that are related to those involved: patient, family and nurse, as well as the situation and the dynamics of the multidisciplinary team; the implications of the experiences were felt both in the personal and professional levels in the lives of the nurses; and the strategies used for coping with the DNR order, such as the endorsement of moments sharing/thinking about the experiences, knowledge acquisition, individual introspection, spiritual development and escape mechanisms.

It is up to the nurse to provide an adequate support to the patient/family in the final walk of life, since he is the one that provides most of the care to patient, the one who listens and helps, and often becomes a bridge of communication between patient/family and the rest of the multidisciplinary team.

This study's results emphasize the need to create spaces for considering/sharing the experiences of nurses, where professionals can talk and think about the feelings and reactions towards the patient with a DNR order. It is important to encourage these moments, given that considering and sharing ideas/experiences can be very useful for a

better understanding of the experiences and thinking about practices can help them be more prepared to deal with dying patients, making the process more humane. Investing in the integration of nurses in a unit, attributing more importance to the knowledge of the rules and procedures and reinforcing the training of nurses can be an asset for their intervention by allowing a greater involvement of nurses in the multidisciplinary team.

Keywords: Experiences of nurses, Nursing Care, Do Not Resuscitate, Intensive Care Unit

December 2012

Resumen

En el ejercicio profesional en cuidados intensivos, los enfermeros se enfrentan con pacientes en situación crítica con indicación de ONR, que carecen de cuidados de calidad, en el marco de una visión holística de la Persona, necesitando de una continua supervisión y seguimiento que exigen cuidados de enfermería más intensos, diferenciados y humanizados.

Ha sido el reconocimiento de esta realidad que nos ha llevado al desarrollo de este estudio con el objetivo de comprender las experiencias de los enfermeros que conviven con la situación de pacientes con ONR, lo que contribuye a una mejor intervención de los enfermeros en Cuidados Intensivos en la persona en situación crítica en final de vida.

El estudio es de carácter cualitativo, del tipo descriptivo, con características fenomenológicas, en ello han participado enfermeros de una UCI y la recopilación de datos se realizó a través de entrevista semi-estructurada. Los resultados obtenidos permitieron darse cuenta del siguiente: los sentimientos/reacciones experimentados por los participantes en el estudio en el marco del cuidado del paciente en situación de ONR y que se traducen por ansiedad, llanto, agobio, tristeza, rabia, impotencia y malestar; los factores que influyen en la experiencia de los enfermeros ante el ONR y se relacionan a las partes interesadas - paciente, familia y enfermero, con la situación y la dinámica del equipo interdisciplinario; las implicaciones de las experiencias a nivel personal y profesional en la vida de los enfermeros; y las estrategias para hacer frente a la situación de ONR, como la promoción de momentos de intercambio/reflexión de las experiencias, adquisición de conocimientos, reflexión individual, desarrollo de la espiritualidad y los mecanismos de escape.

Corresponde al enfermero garantizar un seguimiento del paciente/familia en la fase final de la vida, y es el enfermero lo que más cuida al paciente, lo escucha y lo ayuda, siendo a menudo el puente de comunicación entre el paciente/familia y el resto del equipo interdisciplinario.

Este estudio pone de relieve la necesidad de crear espacios de reflexión/intercambio de experiencias de los enfermeros, donde los profesionales puedan hablar y reflexionar sobre

los sentimientos y reacciones ante al paciente con ONR. Es importante promover estos momentos, teniendo en cuenta que la reflexión y el intercambio de ideas/experiencias pueden ser muy útiles para la comprensión de las experiencias y la reflexión sobre las prácticas puede ayudarles a estar mejor preparados para lidiar con el proceso de la muerte de los pacientes haciéndolo más humano. Invertir en la integración de los enfermeros en el servicio dando una mayor importancia al conocimiento de las normas y procedimientos de la unidad y el compromiso con la formación continua del personal de enfermería pueden ser un valor añadido para la intervención de los enfermeros, proporcionando una mayor participación de los enfermeros en el equipo interdisciplinario.

Palabras clave: Experiencias de los enfermeros, Cuidados de enfermería, Orden de No Reanimar, Cuidados Intensivos

Diciembre 2012

Índice

Introdução.....	15
Capítulo I - Cuidar em Enfermagem e a Decisão de Não Reanimar.....	19
1 – O Cuidar da pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos	22
2- A Decisão de Não Reanimar	30
2.1. - Princípios éticos e decisão de não reanimar.....	32
2.2.- A intervenção da enfermagem face à pessoa em situação de Decisão de Não Reanimar	36
Capítulo II - Percurso Metodológico	41
1- Da Problemática aos Objetivos.....	43
2- Tipo de Estudo.....	45
3- Estratégias de recolha de dados	45
4- O contexto e os participantes.....	46
4.1.- O contexto.....	46
4.2.- Os participantes.....	47
5- Análise dos Dados	49
6- Considerações Éticas.....	51
Capítulo III - Apresentação e Análise dos Dados	55
Capítulo IV - Discussão dos Resultados	75
Capítulo V - Conclusões e Perspetivas Futuras	97
Referências Bibliográficas	107
Apêndices	111

Índice de Figuras

Figura nº 1 - Sentimentos / reações dos enfermeiros face à situação de DNR	58
Figura nº 2 - Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros perante a DNR..	61
Figura nº 3 - Implicações das vivências da DNR na vida dos enfermeiros.	68
Figura nº 4 - Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente.	70

Índice de Quadros

Quadro nº 1 – Caraterização geral dos participantes no estudo	48
Quadro nº 2 – Temática, categorias e subcategorias	58

Abreviaturas

CIPE - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CI - Cuidados Intensivos

CJ – Conselho Jurisdicional

DNR- Decisão de Não Reanimar

SFAP- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Introdução

A saúde dos nossos dias em nada se assemelha ao panorama vivido há séculos atrás. Vivemos num tempo em que os homens e a tecnologia se esforçam por prolongar a vida e retardar a morte. O desenvolvimento que se verifica atualmente na área da saúde é o reflexo das profundas mudanças económicas, sociais, culturais, demográficas e técnico-científicas operadas no século anterior.

Durante muitos anos existiu uma componente moral em todos os cuidados, os quais eram prestados por todos os homens e mulheres que ajudavam os outros voluntariamente, e não apenas por um determinado grupo profissional. Segundo Moreira (1992, p. 147) “Durante muito tempo a função específica do médico era a de utilizar os seus conhecimentos científicos para curar. A partir do momento em que já não havia esperança de cura, cessavam as suas funções.” Por seu lado, os enfermeiros limitavam-se a tratar com compaixão e caridade as pessoas que adoeciam, baseando-se apenas no princípio de agir sempre em benefício do doente. A atitude que prevalecia era, na maioria das vezes, a de aguardar a evolução do curso natural da doença. A cura, a cronicidade e a morte eram encaradas com uma paralela naturalidade(Pacheco, 2002).

Com o advento da medicina científica, no início do século XX, esta atitude e esta forma de pensar veio a alterar-se. Passou-se de uma visão que era a de aceitar a evolução natural das doenças para uma ânsia dos profissionais de saúde em dominar a natureza com os seus novos saberes que o aumento de conhecimentos ao nível das biotecnologias lhes proporcionou.

Corroborando com Pacheco(2002), na última metade do século passado, a medicina evoluiu vertiginosamente, aliado ao desenvolvimento das ciências biológicas e das biotecnologias, permitindo ao homem dominar de uma forma crescente a evolução do curso natural das doenças. Com efeito, temos assistido a um grande progresso de carácter científico e as autênticas vitórias sobre a história natural de várias doenças, que tem contribuído para que hoje muitas patologias já tenham sido debeladas ou até mesmo erradicadas.

Estes fatores, associados à melhoria das condições de vida em geral contribuíram

para uma alteração na estrutura demográfica da população atual, para uma melhoria do nível de assistência, ao prolongamento da vida e ao aumento do número de pessoas com doença grave e/ou em fim de vida, que noutras épocas remotas teriam uma evolução natural da doença mais curta e sem meios de alívio do sofrimento.

Ao longo do século XX quase triplicou a esperança média de vida que passou de idades ainda jovens, no início do século anterior, aos cerca de setenta e cinco anos de hoje. A este respeito, Serrão(1997, p. 219) afirma que “o aumento da esperança de vida é o resultado mais espetacular do progresso da ciência médica na segunda metade do século que vai terminar”.

De facto, o progresso na área da saúde tem sido muito grande o que, por um lado tem trazido inúmeros benefícios mas, por outro, tem conduzido ao esquecimento de aspetos muito importantes relacionados com o doente, inclusivamente o respeito pela dignidade humana.

Com efeito, hoje é cada vez mais fácil para os profissionais de saúde interferirem sobre a vida humana, quer no sentido de tentar prolongá-la indefinidamente através da utilização de meios artificiais, quer na interrupção utilizando a eutanásia. Atualmente oscila-se entre o poder de manter a vida e o de dar a morte. A vida já não é entendida como um dom, nem a morte como um acontecimento natural da vida, pois o homem tem poderes para criar a vida e para dispor da morte (Pacheco, 2002).

Com as tecnologias avançadas que a medicina dispõe atualmente, quer a nível da terapêutica quer a nível do suporte de vida por meios técnicos, como a ventilação mecânica, mesmo após uma paragem cardiorespiratória, é possível por vezes, prolongar por mais algumas horas, ou dias, a vida de um doente. Os atuais conhecimentos e meios que a medicina intensiva dispõe, permitem de facto e em muitos casos, retardar a morte, mas nem sempre conseguindo promover uma verdadeira qualidade de vida tendo em conta a perspetiva holística como afirma Moreira(1992) “ (...) como todas as coisas, também este progresso tem os seus custos. Por vezes prolonga-se uma vida sem qualidade e, pior ainda, um processo de morrer que só pode trazer acréscimo de sofrimento para o doente”(p. 148). Esta situação é uma realidade no ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos.

Face à situação do doente em fase terminal, a atitude dos profissionais de saúde é ora a de abandonarem os cuidados por considerarem que mais nada há a fazer por ele ora de, pelo contrário, utilizarem todos os recursos de que dispõe- conhecimentos científicos e

meios técnicos- no sentido de combater a causa do mal, mesmo quando objetivamente se reconhece o carácter incurável da doença. Assim, na maior parte das situações, o “tratar” sobrepõe-se ao verdadeiro “cuidar”, e as atenções voltam-se para a doença, esquecendo a pessoa doente e a sofrer.

Este facto é explicado por Hennezel(2003), quando afirma que médicos e enfermeiros são formados para curar. A morte dos seus pacientes deixa-os desapossados, despertando neles sentimentos de derrota e de impotência. São, por isso, tentados a continuar os tratamentos para apaziguarem a sua consciência profissional, quando os doentes pretenderiam terminar os seus dias tranquilamente, aliviados das suas dores.

Por outro lado, corroborando com Pacheco(2002), a utilização de todos os meios disponíveis no tratamento de uma pessoa doente é um dever dos profissionais de saúde, sempre que haja alguma esperança de recuperação da saúde ou estabilização da doença. Com efeito, médicos e enfermeiros têm por obrigação profissional e moral dar o seu contributo e utilizar todos os conhecimentos técnicos possíveis para salvar uma vida.

Estas situações podem levantar dilemas éticos que afetam a prática dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros que cuidam de doentes nesta situação confrontando-se muitas vezes com a Decisão de Não Reanimar (DNR).

A suspensão ou abstenção de meios excessivos de tratamento são hoje uma prática corrente em todo o mundo ocidental, sendo que, a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia, exprime, antes, a aceitação da condição humana face à morte, evidenciando a noção de que a vida humana merece ser respeitada na sua dignidade, sobretudo no seu momento final. O respeito pela vida humana em qualquer etapa da vida é um dos valores fundamentais que deverá ser salvaguardado pelos enfermeiros.

São todos estes aspetos que sustentam a escolha do tema “Vivências dos Enfermeiros face à Decisão de Não Reanimar um doente em Cuidados Intensivos” que consideramos atual e pertinente. O interesse por este estudo foi despoletado durante um estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), pois durante o mesmo apercebemo-nos das dificuldades e preocupações dos enfermeiros relativamente a estas questões as quais também foram sentidas a nível pessoal.

Este estudo tem como objetivo geral compreender as vivências dos enfermeiros perante a situação de doentes com a Decisão de Não Reanimar, de modo a contribuir para uma melhor intervenção dos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

(UCIP) à pessoa em situação crítica em fase de fim de vida e família.

Definiram-se como objetivos específicos:

- Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros face ao doente em situação de DNR;
- Descrever as implicações das vivências de DNR na vida pessoal e profissional dos enfermeiros;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de DNR.

Para a realização deste estudo de investigação e para obtermos os resultados que irão dar resposta aos objetivos delineados, enveredamos por um estudo de natureza qualitativo do tipo descritivo com características fenomenológicas, uma vez que importa a “... compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo.”(Fortin, 1999, p. 22). Tendo em conta a natureza subjetiva da investigação utilizamos como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada.

Estruturamos este trabalho em cinco capítulos: no primeiro capítulo procuramos fazer o enquadramento teórico da nossa problemática, focando o cuidar da pessoa em situação crítica em cuidados intensivos (CI), a Decisão de Não Reanimar um doente, os princípios éticos subjacentes à decisão e a intervenção da enfermagem face à pessoa em situação de DNR; num segundo capítulo descrevemos o percurso metodológico desde o tipo de estudo, justificando a nossa opção por uma abordagem qualitativa, a estratégia de recolha, tratamento, análise e apresentação dos dados tendo em vista a compreensão da realidade que pretendemos analisar. É também neste capítulo que fazemos a caracterização da população e dos participantes do estudo assim como uma abordagem aos aspetos éticos da investigação; o terceiro consta da análise e apresentação dos dados obtidos neste estudo e no quarto da sua interpretação. Finalmente, no quinto e último capítulo, seguem-se a síntese, conclusões do trabalho e perspetivas futuras.

É a pensar nos doentes, nas famílias e na qualidade de cuidados que importa investigar para uma melhor intervenção de enfermagem na fase de fim de vida em ambiente de CI, assim como, um ponto de partida para novas pesquisas no âmbito desta temática.

Capítulo I - Cuidar em Enfermagem e a Decisão de Não Reanimar

A evolução da Enfermagem faz parte integrante da história das sociedades ao longo dos tempos. As primeiras enfermeiras da história foram as mães, que cuidavam e zelavam pelo bem-estar da família. A evolução da prática dos cuidados e dos tratamentos, desenvolveu-se em torno de dois grandes eixos. Por um lado, visavam assegurar a continuidade da vida, por outro lado, fazer recuar a morte (Collière, 1999). “Estas duas orientações, promover a continuidade da vida e lutar contra a doença- influenciaram todo o futuro da prestação de cuidados de saúde, tendo a primeira dado origem à prática de enfermagem e aos cuidados de enfermagem” (Pacheco, 2002, p. 46).

Nos séculos XVIII e XIX, desenvolveram-se escolas médicas com maiores exigências em termos académicos. Os conhecimentos que os médicos possuíam, foram reforçados com os avanços e consolidação das aquisições médicas e de novos tratamentos.

A Enfermagem começa a emergir de um passado baseado na experiência para a necessidade de preparar enfermeiras com sólida formação moral que visitavam os doentes no seu domicílio e os cuidados centravam-se essencialmente na reparação da doença.

Foi nesta situação que Florence Nightingale encontrou os cuidados de enfermagem na sua época. A grande figura da Enfermagem moderna inicia uma atitude de rutura com o que estava instituído. Entendia que as enfermeiras deveriam ter formação para prestarem cuidados e, defendia também, a delimitação de saberes e de atuação face aos médicos, pois possuíam funções autónomas. Organizou a primeira escola prática de enfermagem, abrindo assim o caminho à profissionalização da enfermagem, lançando as bases para o saber próprio e específico da enfermagem, relativamente a outros domínios das ciências humanas e médicas. Como pressupostos para a construção da disciplina de Enfermagem, defendia que o propósito da enfermagem era colocar a pessoa na melhor condição possível para que a natureza pudesse restaurar ou preservar a saúde, prevenir ou curar as doenças. Estavam deste modo criadas as conceções teóricas de enfermagem, e o seu paradigma científico, permitindo que a investigação em enfermagem adquirisse maior credibilidade no mundo científico, evidenciando a enfermagem a par de outras áreas do conhecimento.

A investigação em enfermagem baseia-se em modelos conceptuais próprios e caracteriza-se pela diversidade de métodos de investigação científica que permitem compreender fenómenos cada vez mais complexos e globais. A filosofia holística dos

cuidados de enfermagem retomam aquela que era a atitude que tradicionalmente os caracterizava, o “cuidar”.

Na década de setenta surge uma grande preocupação com os aspetos humanísticos e filosóficos do cuidar. O cuidar passa a supor o reconhecimento dos valores culturais das crenças e convicções das pessoas. O grande objetivo dos cuidados de enfermagem é, então, a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. A pessoa é entendida como um todo e os cuidados de enfermagem são orientados para que o utente seja considerado como um fim e nunca como um meio, sendo a pessoa, colocada no centro da decisão dos cuidados da equipa de saúde, mesmo em situações complexas de vida.

Procuramos neste capítulo, contextualizar a temática em estudo centrada no Cuidado de Enfermagem e a Pessoa em situação crítica considerando os aspetos éticos que estão subjacentes na intervenção dos enfermeiros face à pessoa em situação de DNR.

1 – O Cuidar da pessoa em Situação Crítica em Cuidados Intensivos

A evolução dos cuidados intensivos prende-se com o reconhecimento de que as necessidades dos doentes com patologias e/ou lesões agudas e com risco de vida seriam melhor satisfeitas se organizadas em áreas distintas do hospital.

A evolução tecnológica dos serviços de saúde, mais concretamente nas unidades de cuidados intensivos, a par da monitorização hemodinâmica da pessoa em situação crítica, trouxe consigo recursos importantes em termos da utilização de aparelhagem sofisticada na substituição de uma função vital, e sobretudo na ajuda aos profissionais de saúde na vigilância constante do doente. A década de 50 representa um marco importante na evolução da ventilação mecânica e a necessidade de agrupar no mesmo local os doentes submetidos a esta nova terapêutica. Surgem as unidades de cuidados intensivos médicos e cirúrgicos cujo objetivo era agrupar os doentes em estado mais crítico em locais onde pudessem ser tratados por profissionais com conhecimentos nessa área, com necessidade de monitorização contínua e supervisão de pessoal especialmente preparado, que permitisse prestar atenção às variáveis fisiológicas e psicológicas do doente.

A enfermagem de cuidados intensivos só se organizou como especialidade há menos de 40 anos, resultando um crescente reconhecimento da importância desta na

monitorização e observação dos doentes em estado crítico (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Recentemente a Ordem dos Enfermeiros publicou o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Conceitua pessoa em situação crítica:

aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 124/2011).

Dentro dos contextos que caracterizam as instituições prestadoras de cuidados de saúde, as unidades de cuidados intensivos representam uma atmosfera muito particular. Ao acolher pessoas em risco de vida, rodeadas de aparelhagem sofisticada, podem ser vivenciados por doentes e profissionais estímulos variados, resultantes da parafernália que compõe o ambiente tecnológico de uma UCI. Na verdade o doente está constantemente sujeito a exames, pois a necessidade constante de dados supera as necessidades pessoais de privacidade ou das funções corporais. Passa a uma situação de dependência total, onde nem as funções corporais mais simples como a respiração e a eliminação estão sob o seu controle. A total dependência de outros para sobreviver é por norma devastadora para o equilíbrio emocional dos doentes em cuidados intensivos. Identificar continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, realça o factor humano que caracteriza os cuidados de enfermagem, como sendo, entre outros, talvez o maior desafio que se coloca à enfermagem, permitindo maior envolvimento e interação entre as pessoas envolvidas no processo de cuidados.

A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UCI faz com que os membros da equipe de enfermagem, muitas vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir a pessoa que está à sua frente. Os cuidados de enfermagem têm elevada importância neste contexto, uma vez que a sua correta aplicação pode fazer a diferença na evolução do doente. Não basta apenas ser um bom profissional em termos científicos e dominar os procedimentos técnicos da responsabilidade da enfermagem. Os doentes esperam daqueles

que os cuidam atenção, respeito, solidariedade, compreensão, paciência, afeto, consolo e tudo o mais que um ser humano possa oferecer para atenuar e, se possível, extinguir o sofrimento.

As unidades de cuidados intensivos são para Novoa e Valderram (2006) locais onde é dada extrema atenção a pessoas em falência orgânica e multiorgânica, que mobilizam recursos tecnológicos de elevada complexidade e que exigem por parte dos seus profissionais muito trabalho técnico minucioso e de permanente concentração.

O ambiente *sui generis* das unidades de cuidados intensivos, integra um espaço com recursos técnicos e humanos de grande diferenciação, onde se prestam cuidados a doentes com estado de saúde crítico ou que apresentem potencial risco para tal e necessitam de vigilância contínua e intensiva. Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com formação aprofundada nesta área de intervenção. O planeamento e a intervenção de cuidados têm como principal objetivo dar respostas às necessidades imediatas de estabilização e manutenção das funções vitais. Neste sentido, o recurso a meios tecnológicos e de monitorização adequados, representam uma mais-valia no tratamento de situações potencialmente reversíveis.

A diferenciação das áreas do conhecimento das ciências médicas integra a Medicina Intensiva com sendo “uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis”(Direção Geral da Saúde, 2003, p. 6).

Concentrar competências, saberes e tecnologia em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de recuperar as funções vitais, de molde a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade.

O trabalho desenvolvido numa UCI é complexo e intenso, como tal os enfermeiros precisam de estar preparados para atender pessoas cujos níveis de ansiedade e *stress* são elevados. Os doentes internados em cuidados intensivos estão em alto risco de problemas que ameaçam a vida, sendo que, os que estão em estado mais crítico exigem cuidados de enfermagem mais diferenciados. A complexidade das situações vivenciadas pelos enfermeiros, saber lidar consigo próprios, equipa multidisciplinar, doentes e familiares em sofrimento e não raras vezes com a morte, em muitas situações trágica e inesperada, requer

por parte dos profissionais de enfermagem a aquisição de competências no controlo e gestão destas emoções.

Considerando os desafios que se colocam à prática clínica de enfermagem em CI e a elevada exigência e especificidade nesta área de prestação de cuidados de enfermagem, a formação científica, técnica e humana, constitui-se num importante fator para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados, uma vez que “a aprendizagem eficaz passa inequivocamente pela aprendizagem experiencial que facilite o chamado conhecimento pela acção”(Queirós, Silva, & Santos, 2000, p. 8).

Neste contexto o enfermeiro de CI deve ser capaz de prestar cuidados de enfermagem totais, de reconhecida qualidade e competência na utilização das tecnologias, incluindo as abordagens psicossociais quando apropriadas ao tempo e à situação do doente e da família. A abordagem holística dos cuidados foca-se na integridade da pessoa humana e salienta que o corpo, a mente e o espírito são interdependentes e inseparáveis. Assim, há que considerar todos os aspetos que integram a natureza própria do homem ao planear e prestar cuidados, o que acresce maior responsabilidade ao profissional. Uma característica do trabalho de enfermagem, em contexto hospitalar durante as 24 horas do dia, é a presença contínua dos enfermeiros na monitorização dos doentes e na resposta antecipada às necessidades identificadas. Neste sentido é importante considerar na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o apoio disponibilizado aos membros da família e pessoas significativas. No aspeto relacional, apesar dos doentes estarem curarizados ou sedados, necessitam de comunicação e de afeto. É importante existir por parte dos profissionais de saúde uma atitude positiva no relacionamento com os doentes e os familiares, procurando que a relação seja fortalecida, através de informação útil, motivando a família a interagir em parceria no processo de recuperação do familiar doente.

Desta permanência temporal e da abertura à relação interpessoal, nasce também a possibilidade de uma proximidade mais do que espacial, como se o tempo objetivo da permanência física no serviço, transformasse a presença por vezes silenciosa, num encontro particular, carregado de atenção ética que procura tornar cada momento único, como único é o momento que cada parceiro dos cuidados está a vivenciar.

Jean Watson identificou a Enfermagem como uma ciência humana que apresenta como domínio central e unificador o **Cuidar**, e dedicou parte significativa da sua carreira ao estudo, investigação e desenvolvimento do conceito e significado do **Cuidar**. Focalizou-se na base filosófica (existencial- fenomenológica) e espiritual do Cuidar, vendo

este, como ideal ético e moral da Enfermagem. Cuidar é, para Watson, um ponto de partida, uma atitude; é um desejo de empenhamento que se manifesta em atos, mas no entanto os transcende. Em que a prestação dos enfermeiros nos cuidados de saúde será evidenciada pela capacidade que tem em descrever o seu ideal de cuidar na sua prática. O aspeto curativo das atividades de enfermagem não constitui um fim em si mesmo, mas sim como parte do cuidado. Sugere, que as atitudes que os enfermeiros devem desenvolver são: a flexibilidade, a aceitação, o apoio incondicional, o toque, a competência, a amizade e a capacidade de acompanhar a pessoa nas suas decisões. O enfermeiro, por ser prestador de cuidados, a pessoa mais próxima, que mais tempo permanece junto do doente, torna-se uma figura fundamental como ser relacional, na construção do ambiente terapêutico e na adesão ao tratamento tornando-se mesmo, fonte de esperança de vida.

Watson (2002a p.8) define teoria como: “um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representados simbolicamente e procuram clarificar um fenómeno. Baseia a sua teoria num sistema de valores que enfatiza um grande respeito pela Vida, o reconhecimento de uma dimensão espiritual da Vida e o reconhecimento do poder interno dos processos do *human care*; e propõe que os indivíduos envolvidos nestes processos valorizem as Pessoas e a Vida humana, e tenham o mais elevado respeito pela autonomia e pela liberdade de escolha, como é evidenciado pelos seguintes pressupostos:

O cuidar só pode ser demonstrado e praticado com eficiência se for feito interpessoalmente; O cuidar consiste em fatores do cuidar que resultam na satisfação de determinadas necessidades humanas; O cuidar eficiente promove a saúde e o crescimento individual ou familiar; As respostas do cuidar aceitam uma pessoa não apenas como ela é atualmente, mas como pode vir a ser; Um ambiente de cuidar proporciona o desenvolvimento do potencial, enquanto permite que a pessoa escolha melhor ação para si num dado momento; O cuidar é mais promotor de saúde do que a cura; A prática do cuidar integra conhecimentos biofísicos com conhecimentos do comportamento humano para gerar ou promover a saúde e para prestar assistência aos que se encontram doentes. A ciência do cuidar é, portanto, complementar à ciência do curar; A prática do cuidar é vital para a enfermagem(George & Colaboradores, 2000, p. 168).

Foi com base nestes pressupostos, Jean Watson sustentou a sua teoria do *Human*

Care e os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

Assim, para Watson a **pessoa** está valorizada em si mesma e para si mesma para ser cuidada, respeitada, nutrida, compreendida e auxiliada; em geral uma visão filosófica de uma pessoa como um ser completamente integrado funcionalmente. O homem é visto como maior e diferente que a soma de suas partes (Tomey & Alligood, 2004, p. 258).

A pessoa é mais do que a soma das suas partes e diferente delas; cada uma desenvolve-se no seu campo fenomenológico, que nunca é conhecido por outra pessoa, podendo no entanto, segundo a autora, através da empatia ser possível começar a conhecer a realidade da outra pessoa.

Watson refere-se à **saúde** como “...unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma. A saúde também está associada com o grau de congruência entre o ser como percebido e o ser como apresentado” (Idem). Para ela, a saúde existe, quando há harmonia com o mundo e a pessoa está suscetível à mudança, o eu interiorizado é igual ao apresentado; a doença acontece quando não existe harmonia entre o eu interno e a pessoa. Além disso, Watson refere que o indivíduo define o seu próprio estado de saúde ou doença, pois ela considera a saúde como uma componente subjetiva na mente da pessoa.

Para a mesma autora, o **ambiente** não é claramente definido, pois ela refere o mesmo como fazendo parte do mundo externo da pessoa, em que afirma que “cuidado” tem existido em todas as sociedades, em que a atitude de cuidar não é transmitida de geração em geração através dos genes, mas sim pela cultura da profissão, como única forma de enfrentar o seu ambiente.

A enfermagem constitui um outro conceito de extrema importância na sua teoria. Watson define a **enfermagem** como “...ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transações de cuidado profissionais, pessoais, científicos, estéticos e éticos” (Ibidem, p. 259). A enfermagem é definida, para Watson, como um processo intersubjetivo de transação de um ser humano com outro (modelo de Human Care). Neste contexto, a enfermagem está fundamentada nas ciências humanas e naturais sendo a sua meta, através do processo de cuidar, ajudar as pessoas a atingirem um alto grau de harmonia dentro de si de forma a promover o autoconhecimento e a própria cura. Para a autora, este consiste no ideal moral da enfermagem, procurando a proteção, preservação e promoção da dignidade humana. Este processo exige por parte dos enfermeiros vontade e compromisso (pessoal, social e espiritual), tendo por base um sistema de valores.

Watson identificou dez fatores cuidadosos que constituem o fundamento sobre o qual os enfermeiros podem estudar e compreender a ciência do **Human Care**, como sendo aqueles que os enfermeiros utilizam na prestação de cuidados.

Estes fatores incluem: a formação de um sistema de valores humanísticos e altruístas; a fé – esperança e sensibilidade para consigo próprio e para com os outros; sendo que estes três primeiros fatores estabelecem, para a autora, o fundamento filosófico da ciência do cuidar (enfermagem). Além destes considera os seguintes: desenvolvimento de uma relação de ajuda – confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático do método científico de resolução de problemas; promoção de estratégias interpessoais de ensino – aprendizagem; provisão de um ambiente de suporte, protetor e corretor mental, físico e sócio cultural e espiritual; ajuda na satisfação das necessidades humanas e a aceitação de forças existenciais - fenomenológicas.

Watson (2002b, p. 128) refere na estrutura pós-moderna, transpessoal, de cuidar-curar, as seguintes premissas:

Há uma visão expandida da pessoa e o que significa ser humano (□); Reconhecimento do campo de energia humano, do campo de energia de vida e do campo universal da consciência (□); A consciência de cuidar-tratar torna-se primária para o profissional de cuidar-curar; O cuidar potencia a cura, o todo; Modalidades de cuidar-curar (arquétipo feminino sagrado da enfermagem) foram excluídas dos sistemas de enfermagem e de saúde- o seu desenvolvimento e reintrodução são essenciais para os modelos pós-modernos transpessoais de cuidar/curar e de transformação; Processos de cuidar-tratar e relações são considerados sagrados; A consciência unitária como a visão do mundo e a cosmologia, isto é, visualizando a conectividade de tudo; O cuidar como um imperativo moral para a sobrevivência Humana e planetária. - O cuidar como uma agenda global convergente para a enfermagem, tal como para a sociedade.

Apesar de útil, consideramos difícil a aplicabilidade prática da teoria de Watson, face ao contexto da prática clínica de enfermagem em UCI. A crescente complexidade da tecnologia, a variável estadia no serviço, podem interferir na implementação da teoria do cuidar num serviço com as características de uma UCI. A autora refere, os serviços de saúde como não preparados para a implementação dos seus ideais, porém classifica a teoria como fértil para um cuidado inovador, desenvolvendo a arte e a ciência da enfermagem.

A necessidade de continuar a ajudar as pessoas para que se possa manter a vida com dignidade e a qualidade possível, é a proposta que a teoria do CUIDAR, procura dar à impotente resposta curativa da Medicina em muitas áreas da vida e da saúde das pessoas. A Enfermagem preocupa-se com o doente como ser único, com uma história irrepetível, inserido numa família e numa comunidade – visão holística. Valoriza o doente, centrando nele todos os cuidados, sendo o nosso foco de atenção. Reencontra aqui a sua dimensão autónoma que se centraliza no cuidar, proporcionando às pessoas uma forma de ajuda diferente e imprescindível.

Pode-se seguramente afirmar que a Enfermagem se sustenta nos cuidados desenvolvidos aos outros. A pessoa tem mais necessidade de cuidados em determinadas fases da vida e em algumas condições, quando ainda não é capaz de cuidar de si próprio no início da vida, quando se torna incapaz durante algumas etapas transitórias, como sendo a doença, ou em situações definitivas de incapacidade e, na fase final da vida.

A relevância dos saberes exclusivos da enfermagem para o cuidado tornou indispensável a busca por subsídios teóricos que fortalecessem o desejo de pôr em prática a humanização dos cuidados nas atividades da UCI.

Durante esta procura de desenvolver um cuidado inovador, em momento algum desconsideremos a importância dos procedimentos técnicos nas atividades da enfermagem para a qualidade do serviço e para desenvolver o cuidado. Pelo contrário, acreditamos, isso sim, na necessidade de aliarmos a competência humanística à técnico-científica, por isso partimos da lógica de que a segunda acompanha as atividades da enfermagem enquanto princípio da assistência intensiva. Neste sentido, as limitações que encontramos, destacam a relevância dos fatores institucionais e sociopolíticos na concretização da assistência humanizada que não dependem tão só da relação que se estabelece entre o ser cuidado e o ser cuidador, mas ainda da estrutura política e económica em que ocorrem os fenómenos.

Muitas vezes, devido à realidade quotidiana em que se constroem as práticas de enfermagem, o investimento na humanização da preparação profissional - com alternativas como o autoconhecimento por exemplo – torna-se uma alternativa válida.

Reconhecidas suas limitações, atribuímos a essas a justificação de que as teorias são, em princípio, limitadas, na medida em que contêm um paradigma e tratam de um determinado fenómeno sob um determinado prisma, resultando, em algumas situações, a teoria apresentar-se restrita.

2- A Decisão de Não Reanimar

Consideramos que não existem verdades absolutas relacionadas com os dilemas relacionados com o fim de vida, em geral, e da decisão de não reanimar, em particular. Existe sim um constante anseio de a cada momento saber, saber ser e saber estar, como forma de que todo o processo de busca de conhecimento permita melhorar a qualidade de vida das pessoas em fim de vida.

O direito à vida é aquele que assume o primado perante todos os outros direitos e é considerado um limite aos avanços científicos.

A Constituição da República Portuguesa assume no Título II- Direitos, liberdades e garantias, no seu Capítulo I- Direitos, liberdades e garantias pessoais, como valor democrático do Estado o Direito à Vida (Artigo 24.º), na alínea 1 refere que “a vida humana é inviolável”, referindo na alínea 2 do mesmo artigo que “em caso algum haverá pena de morte”.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem refere no Artigo 3.º que “Todo o Homem tem direito à Vida, à liberdade e à segurança pessoal.”

Toda a pessoa tem direito à vida, durante todo o ciclo vital, independentemente dos momentos ou dos estádios em que se encontra. Devendo ser atribuída à vida de qualquer pessoa igual valor, devendo o cuidado à pessoa ser isento de qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa (Código Deontológico dos Enfermeiros, 2009).

Reconhecer a dignidade da pessoa humana exige o respeito pelos seus direitos, perspectivados na sua indivisibilidade. A este conceito encontra-se ligado o dever de uma crescente humanização dos Cuidados de Saúde.

Uma das questões mais prementes nestes domínios, e que pretendemos abordar com este estudo, é a intervenção junto de doentes em fase terminal da vida, mais especificamente na aplicação das técnicas de reanimação, e a qual implica por vezes Decisão de Não Reanimar.

A DNR pode ser definida literalmente como “ não reanimar”. Para que haja uma reanimação é necessário que tenha havido uma Paragem Cardiorespiratória, não tendo esta ordem interferência nos restantes tratamentos efetuados ao doente.

A Ressuscitação Cardiorespiratória é, como o direito à vida e à saúde, um direito essencial de cidadania constitucionalmente consagrada. No entanto, para o concretizar é

necessário a divulgação adequada a toda a população, nomeadamente aos profissionais, dos conhecimentos que permitam iniciar o Suporte Básico de Vida e posteriormente o Suporte Avançado de Vida.

Os maiores problemas que se colocam aos profissionais de saúde são quando fazer, quando não fazer, quando parar e quando iniciar uma reanimação. É princípio geral que se reanimem todas as situações em que não haja contraindicações, assumindo que todo o cidadão tem direito a ser reanimado.

Por definição, a resposta à emergência tipificada pela Paragem Cardiorespiratória exige eficácia e rapidez. Nestas condições, nem sempre é possível saber quais as circunstâncias em que ocorreu a emergência, e ou conhecer a situação e desejos prévios da vítima. Quando não sabemos o tempo de paragem cardiorespiratória é aceite começar a Ressuscitação Cardiopulmonar quando há inconsciência, ausência de ventilação e ausência de pulso carotídeo. A ausência de qualquer óbvio sinal de vida, não necessariamente pulso carotídeo, deve ser suficiente para iniciar compressões torácicas. É inevitável a intervenção por excesso, mas na dúvida, reanimar, e depois rever indicações. Por isso, o princípio geral é o de que se reanimam todas as situações em que não haja “contraindicações” para tal. Por “contraindicações”, neste contexto, entenda-se doença terminal e sem cura (o que exige conhecimento do diagnóstico e prognóstico), estados de “*rigor mortis*” ou putrefação ou decapitação (Carneiro, Albuquerque, & Félix, 2010).

Atualmente, nomeadamente os serviços de cuidados intensivos, dispõem de *Guidelines* orientadoras sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais.

Neste contexto, Nunes, R (2008, p.8), refere que: “quando a reanimação cardiopulmonar é considerada uma intervenção desproporcionada – nomeadamente porque é possível ou previsível que o doente entre em paragem cardiorespiratória, podendo-se enquadrar num grupo de risco bem definido – é eticamente adequada a emissão de uma “Ordem de Não-Reanimar” (DNR – *Do Not Resuscitate Order*). Pressupõe-se que, independentemente da patologia de base, o doente se encontra irreversivelmente terminal e a morte está iminente.

O mesmo se verifica em relação à suspensão ou à abstenção de meios desproporcionados de tratamento, de modo a não serem administrados tratamentos considerados “fúteis” ou “heroicos”. Isto é, intervenções claramente invasivas, tratamentos médicos ou cirúrgicos que visem promover a vida sem qualidade. Em particular, no quadro de uma doença irreversível e terminal, as Ordens de Não-Reanimar são eticamente

legítimas se as manobras de reanimação propostas forem interpretadas como uma intervenção desproporcionada(Nunes R. , 2008, p. 3).

Diariamente, nos nossos hospitais, os enfermeiros são confrontados com este tipo de situação, em que os doentes têm indicação de DNR. É uma situação comum, que pode ocorrer em qualquer serviço, podendo abranger qualquer fase do ciclo da vida.

Segundo Carneiro, Albuquerque, & Félix(2010, p. 26):

deveriam ser identificados os doentes em que a morte é esperada e por isso não há indicação para reanimar em caso de PCR bem como os doentes que não desejam ser reanimados. Os hospitais devem ter uma política de DNR clara, articulada com as recomendações nacionais e compreendida por todos os clínicos.

Para Hennezel(2003, p. 169), a questão de saber dar permissão de morrer extravasa largamente o problema da reanimação. Interroga-se se ainda se pode, na nossa época, morrer de “morte natural”. Ao levantar esta questão, refere-se essencialmente às pessoas idosas que são alimentadas à força, através da introdução de uma sonda gástrica, “ou, simplesmente, nas pneumonias que permitiam antigamente aos idosos morrer e que se tratam sistematicamente com antibióticos, sem se avaliar se esta decisão de prolongar a vida tem sentido para aquele que é tratado”.

As várias atuações dos profissionais de saúde junto dos doentes com DNR, quer se tratem de idosos, crianças ou jovens, apresentam questões comuns.

A decisão de não reanimar outro ser humano, de não fazer tudo o que está ao nosso alcance para prolongar a vida é uma decisão extremamente difícil de tomar. Congratulámo-nos com o progresso da ciência e a capacidade da medicina que através de fármacos e de aparelhagem sofisticada, conseguir manter a morte afastada. Contudo, ao querermos promover a vida, é possível deixarmos de ver o objetivo principal, que é de promover o melhor para as pessoas de quem cuidamos. E acontece que, em determinadas ocasiões querer o melhor para outra pessoa passa por escolher o melhor de dois males, ou seja, chegar à decisão, por mais dolorosa que ela seja de não reanimar.

2.1. - Princípios éticos e decisão de não reanimar

A aplicação dos princípios de ética deve estar presente nas decisões que se tomam e

serem entendidos como orientações fundamentais para determinar os procedimentos corretos. À tendência para sobrevalorizar, no processo de decisão, os aspetos científicos, os avanços tecnológicos e a relação custo-benefício, contrapõem-se uma ética que visa proteger e beneficiar o indivíduo nos difíceis momentos do final da vida. Por isso é muito importante que os profissionais que possam estar envolvidos nestas decisões entendam e tenham os seus princípios já amadurecidos para saber como decidir quando as situações ocorrerem.

Atualmente é patente uma consciencialização social da importância do respeito e cumprimento dos direitos da pessoa humana. O conhecimento dos direitos da pessoa doente e o pleno respeito da sua condição permite a sua dignificação e simultaneamente a humanização dos cuidados de saúde. Existe uma conceção de que alguns princípios, admitidos como básicos, devem ser utilizados para que a decisão de reanimar ou não determinado doente seja tomada.

Segundo um dos principais modelos de análise biomédica, o modelo principalista, apresentado por Tom Beauchamp e James Childress em 1979, existem quatro princípios morais para a aplicação no âmbito da prestação de cuidados de saúde e da investigação científica: os princípios da beneficência, da não-maleficência, da justiça e da autonomia. Sendo assim, o profissional de saúde tem o dever de promover o bem do doente, de não lhe proporcionar qualquer mal, de cuidar igualmente diferentes pessoas ao respeitar essas diferenças individuais e de respeitar a sua autonomia.

O princípio da beneficência implica na ideia de que os indivíduos envolvidos num ato de promoção de saúde, oferecerão benefícios reais quando estes benefícios são pesados em relação aos riscos que o doente corre com aquela ação ou atitude. Não é raro ocorrer estas questões para decidir reanimar um doente significando, nesse momento, que a decisão seria de não efetuar as manobras de reanimação.

O princípio da não-maleficência determina o não fazer mal a outro, intencional ou negligente. No caso da reanimação o sentido da não-maleficência tem como objetivo não incentivar a tentativa de reanimação em casos considerados fúteis, ou contra o desejo do doente expresso quando esse indivíduo se encontra em condições mentais de expressar este desejo.

Corroborando com Serrão & Nunes(1998), “o princípio da beneficência e da não maleficência – não provocar dano ao paciente, de forma intencional ou negligente – trata-se, actualmente, de respeitar a vontade do doente na óptica do seu melhor interesse e sem o

prejudicar”(p. 15).

O princípio da justiça impõe que todas as pessoas sejam tratadas de igual modo, não obstante as suas diferenças. Implica no dever de se oferecer os benefícios e da mesma forma, consequentemente, os riscos de forma igualitária por toda a sociedade. Se as condições de se oferecer manobras de reanimação existem, essas condições devem ser colocadas à disposição de todos que poderiam ser beneficiados por elas com todos os recursos disponíveis e possíveis.

O princípio da autonomia está relacionado com a possibilidade do doente poder tomar decisões informadas de seu próprio interesse, ao invés de estar sujeito a decisões paternalistas tomadas pelos profissionais de saúde. Este princípio teve sua origem a partir de legislações tais como a declaração de direitos humanos de Helsínquia e suas subseqüentes emendas e modificações. O princípio da autonomia pressupõe que o doente esteja adequadamente informado de toda a sua situação clínica, esteja livre de qualquer tipo de pressão indevida externa, tenha competência para entender o que está ocorrendo e principalmente que, uma vez ele tenha expressado a sua preferência, essa tenha consistência baseada nos factos.

Os resultados deste modelo são muito positivos no que se refere ao respeito pela dignidade da pessoa individual.

A prática de enfermagem estando também legislada, obrigatoriamente tem que respeitar os direitos já enunciados não só pela obrigação jurídica mas também pela obrigação moral e ética de um grupo profissional de pessoas que presta cuidados a/e com outras pessoas. O direito à autonomia, à liberdade e à livre escolha encontram “abrigo” em dois documentos fundamentais em termos da afirmação e da autonomização da profissão: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro) e os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)

Considerando o REPE, os cuidados de enfermagem são, as intervenções autónomas (ações realizadas pelos enfermeiros, sob única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais) ou interdependentes (realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum) a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais(Ordem dos Enfermeiros, 1998). O enfermeiro deve adotar uma conduta responsável e ética respeitando os direitos e interesses do cidadão. É de salientar

que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (art.79, alínea b), do Estatuto da Ordem), mesmo as que decorrem de prescrições de outros profissionais(Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 73).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, no seu enquadramento conceptual, a Pessoa é um “ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se” e o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa/grupo. Dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, salienta-se que na procura da excelência no exercício profissional, “o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” e “ajuda a os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.”(Ordem dos Enfermeiros, 2001, pp. 11-12).

No enquadramento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, realçam-se as competências relativas ao subdomínio da comunicação e relação interpessoal, e destas, comunicar com consistência a informação relevante, correta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente; assegurar-se que a informação dada é apresentada de forma apropriada e clara; responder apropriadamente às questões, solicitações e problemas, no respeito pela sua área de competências.

Finalmente, o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), cujo objetivo passa por orientar os profissionais a seguir um comportamento ético, sensibilizá-los para os aspetos morais do seu trabalho, impor determinadas regras que protejam a integridade da profissão, orientar para a solução em casos de conflito morais e indicar o que a sociedade pode esperar do grupo profissional.

Neste sentido, o artigo 78º do CDE, considerado o artigo ético de todo o articulado deontológico do enfermeiro, refere que “ as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”(Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 72) . O enfermeiro atua, assim, integrando os seus valores e ideais de pessoa moral, com os valores e orientações do código deontológico da sua profissão. Só assim atua de acordo com as funções da sua classe como elemento integrante de uma equipa interdisciplinar da qual o doente/família faz parte e cujos direitos, cada vez mais gritantes, têm de ser obrigatoriamente respeitados, principalmente no que diz respeito à auto determinação e autonomia, proteção dos direitos humanos e consentimento informado, liberdade e dignidade humana.

2.2.- A intervenção da enfermagem face à pessoa em situação de Decisão de Não Reanimar

A intervenção do enfermeiro que cuida o doente crítico é essencial, uma vez que a sua observação contínua da situação clínica do doente, coloca-o numa posição única para identificar problemas e iniciar os procedimentos adequados.

O objetivo de manutenção da vida obriga a uma assistência intensiva e a uma tecnologia altamente sofisticada, o que exige equipamento e dotações de pessoal adequadas, de forma a satisfazer as necessidades previstas para estes doentes.

Segundo o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica definem-se como:

cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 1).

Sendo a cultura dos Cuidados Intensivos a de salvar vidas, a linguagem relacionada com o fim de vida é entendida como negativa, como a obstinação terapêutica, o suspender o tratamento de suporte de vida, não reanimar e a retirada do suporte de vida. Como resultado de uma medicina altamente tecnicista e impessoal, por vezes, negligencia-se a individualidade e a dignidade da pessoa humana doente ao tentar prolongar a vida mesmo que isso implique um prolongamento do seu sofrimento. Esta negação da morte está bem presente nos casos de obstinação terapêutica ou tratamento inútil, sendo esta uma problemática polémica e controversa.

O objetivo da suspensão do suporte de vida é interromper tratamentos que não são benéficos e podem ser desconfortáveis. A abstenção do tratamento de suporte de vida não é o mesmo que a eutanásia ou o suicídio assistido. Matar é uma ação que provoca a morte de outro, enquanto, permitir a morte é evitar qualquer intervenção que vá interferir com a morte natural que se segue à doença ou traumatismo.

A DNR deve impedir o início da ressuscitação cardiorespiratória cujas indicações devem ser escritas antes de ser suspenso o tratamento de suporte de vida, o que vai prevenir erros infelizes de ressuscitação não desejada, durante o período de tempo entre o

início da suspensão e a morte efetiva. Muitas vezes os desejos do doente são desconhecidos ou, quando conhecidos, são vagos ou mudam no decorrer da doença. Em suma, o que os doentes desejam são cuidados de conforto em vez de cuidados agressivos, excessivos e desconfortantes.

A DNR significa a não adoção de medidas de reanimação apenas na ocorrência de uma paragem cardiorespiratória. Considerava-se que esta atitude fazia sentido à luz de alguns valores éticos na saúde: não prolongar desnecessariamente o processo de morte, evitar tratamentos inúteis e distribuir equitativamente os recursos médicos a outros doentes que deles pudessem beneficiar. Quando se assume esta decisão devem ser respeitados uma série de princípios: o desejo do doente; as informações dos familiares e amigos que podem relatar os desejos do doente; o prognóstico da doença a médio e longo prazo; a informação objetiva sobre as condições e qualidade de vida esperada após a ressuscitação cardiorespiratória, avaliada em termos médicos e sociais e a perceção que o doente tem da possibilidade de se adaptar às condições de vida que o esperam após a alta.

A prática de enfermagem em cuidados intensivos, num ambiente acelerado e determinado pela alta tecnologia, é facilmente dirigida para a monitorização e tratamentos das alterações que ameaçam a vida, empenhando-se mais nas perícias técnicas, na competência profissional e na resposta a situações críticas descurando por vezes o aspeto do cuidar. Manter o cuidar nos cuidados de enfermagem é um dos maiores desafios a enfrentar.

O cuidar envolve um agir, uma atitude do enfermeiro integrado por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexos na prática dos enfermeiros, podem ser percebidas no dia-a-dia, no relacionamento entre doentes-profissionais de enfermagem. Este relacionamento orienta-se pela subjetividade do profissional que assiste, intervindo no cuidar.

Podemos identificar na prática de cuidados a relação das ações de enfermagem com a tecnologia, numa perspetiva de cura, em que as ações curativas ocupam a grande parte das atividades, utilizando-se tecnologias cada vez mais sofisticadas. Quando a tecnologia que está voltada para o diagnóstico e tratamento curativo passa a não contribuir para a reversão da patologia e/ou situação clínica, mas para a manutenção e a preservação da vida e do bem-estar, passa a contribuir para um cuidar direcionado para as necessidades da pessoa. A dimensão dessa contribuição deve ser valorizada e necessária para a prática de enfermagem. Acreditamos no cuidado de forma mais humanística, dando prioridade à ação

de cuidar voltada para a pessoa, o meio ambiente e não somente centrada em procedimentos, patologias ou problemas.

Inter-relacionar a enfermagem com a ação do cuidar, o cuidado e a tecnologia, é entendê-la, não como uma prática reducionista na ação curativa e limitada, mas sim, fundamentada na percepção do ser humano como pessoa com seus valores, crenças e experiências.

Entendemos que o propósito da ação de cuidar deve estar desvinculado da idade cronológica e da expectativa de recuperação do doente. Neste sentido, este cuidar deve atender às suas necessidades englobando ambiente-cliente-família-profissional, visando contemplar a vida e proporcionando o apoio para um fim de vida sem dores e sem sofrimentos desnecessários, preservada a dignidade da pessoa humana, derivada de sua condição de ser biológico.

Tendo em conta as características tecnicistas e o ambiente dos Cuidados Intensivos, a prestação dos cuidados de enfermagem ao doente em estado crítico assume uma importância fulcral na dinâmica da equipa, uma vez que são os enfermeiros que maior acompanhamento/vigilância proporcionam ao doente. O enfermeiro é na maioria das vezes considerado o advogado do doente. Cabe ao enfermeiro proporcionar um acompanhamento ao doente na caminhada final da sua vida, pois este é quem realmente cuida do doente, que o ouve e ajuda, é a ponte de comunicação entre doente/família e a restante equipa multidisciplinar.

No contexto de Cuidados Intensivos e tendo em conta que os doentes que ocupam este espaço são pessoas em estado crítico ou com potencial risco para tal, apesar da existência de tecnologia sofisticada e profissionais especializados, a cura, tratamento da doença ou restabelecimento da pessoa nem sempre é possível, havendo por vezes necessidade de tomar decisões de não reanimar um doente em caso de paragem cardiorespiratória. Esta tomada de decisão não é fácil de tomar e na sua tomada deve-se ter sempre em consideração os princípios éticos e deontológicos que norteiam as boas práticas associadas aos cuidados de saúde.

As intervenções dos enfermeiros face à pessoa em situação de DNR devem incidir na arte do cuidar, na sua vertente paliativa em que a dignidade humana deve ser preservada. Proporcionar a qualidade de vida possível à pessoa tendo em conta a minimização do sofrimento, proporcionando condições para uma morte digna, sem intervenções desproporcionadas e agressivas mas com o conforto possível, e se possível

junto dos seus entes significativos.

O cuidado caracteriza toda a ação e não somente o agir na prática dita cuidadora dos profissionais de saúde. Nesta área os sentimentos podem ser uma disposição de humor ou um sentimento sobre a situação que presenciamos. Não se trata de um estado afetivo ou um estado de alma, mas uma maneira de nos sentirmos, no local onde nos encontramos.

Para Damásio(2001, p. 62) “o termo sentimento deve ser reservado para a experiência mental e privada de uma emoção”, por outro lado, o mesmo autor diz-nos que “o termo emoção deve ser usado para designar o conjunto de respostas que constitui uma emoção, muitas das quais são publicamente observáveis”. Este autor refere ainda que é impossível observar sentimentos que não são os seus, no entanto, pode-se observar alguns aspetos das emoções que estão na base desses sentimentos. Sentimentos como tristeza, ansiedade, angústia, impotência, revolta e desconforto são frequentemente referidos na literatura como vivenciados pelos enfermeiros, tal como a reação de chorar perante algumas situações.

Neste sentido o que vamos explorar neste trabalho são as vivências dos enfermeiros face à pessoa em situação de DNR. Uma vez que as atitudes do enfermeiro se refletem sobre as suas ações, pretende-se com a exposição deste estudo, conhecer os sentimentos/reações dos profissionais de enfermagem e a forma como estes vivenciam a situação de DNR um doente em Cuidados Intensivos, bem como, conhecer alguns fatores que determinam a sua atitude face a este fenómeno, as implicações que daí advêm e as estratégias desenvolvidas para as superar.

É importante compreender as vivências para aceder às possibilidades a que damos forma e sobre as quais nos projetamos persistindo na existência.

Capítulo II - Percurso Metodológico

Neste capítulo vamos apresentar o percurso metodológico cuja decisão se sustentou na temática e nos objetivos preconizados para este estudo.

Como refere Fortin “o desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas...” (1999, p. 132), ou seja, planear todos os passos a seguir.

Deste modo, passamos a apresentar a problemática e os objetivos, o contexto e os participantes, a análise dos dados e as considerações éticas.

1- Da Problemática aos Objetivos

A decisão sobre a manutenção, recusa ou suspensão de um tratamento é um dos momentos mais críticos na prática médica e de enfermagem em Cuidados Intensivos. Isto parece decorrer, pelo menos em parte, da magnitude das consequências que uma ou outra atitude pode desencadear ou da ausência de diretrizes seguras que fundamentem essa tomada de decisão. Existem dúvidas sobre qual o melhor momento para um tratamento ser mantido ou retirado. Por definição um tratamento pode ser considerado fútil, quando não atinge as metas pretendidas, ou inútil, quando a probabilidade de trazer benefícios ao paciente é muito pequena.

A possibilidade de prolongar artificialmente a vida de doentes sem expectativa de recuperação, produzida pelo recente e acelerado desenvolvimento tecnológico da Medicina, particularmente em relação ao suporte avançado de vida, tem levantado inúmeras questões morais, éticas e práticas.

Num campo onde predominam as probabilidades e incertezas, são necessárias evidências que possam contribuir para o estabelecimento de uma relação dialética entre a bioética de morte anunciada, a qualidade de vida dos doentes, o seu direito à autonomia e os conhecimentos e competências dos profissionais que trabalham em Cuidados Intensivos. A construção dessas evidências, que representará um grande salto no modo de lidar com a morte, passa pelo reconhecimento das nossas limitações e dos aspetos individuais e institucionais que contextualizam a prática médica e de enfermagem, bem como pela

proposição de novos caminhos a serem trilhados.

Dado se tratar de um tema de extrema controvérsia, apesar das discussões serem frequentes, muitos profissionais não se consideram preparados para o momento da tomada de decisão. Na pesquisa que realizamos apesar de terem sido encontrados alguns estudos empíricos, em Portugal, estes reportavam-se aos contextos de serviço de medicina, pelo que consideramos importante e pertinente a realização deste estudo numa UCI, reunindo assim potencial para uma melhor compreensão desta temática.

O interesse pela problemática Vivências dos Enfermeiros face à Decisão de Não Reanimar um doente em Cuidados Intensivos surge das nossas inquietações pessoais e profissionais associadas a esta temática tendo sido despoletada aquando da realização de um estágio numa UCI durante o curso de Mestrado. Esta experiência permitiu-nos constatar as nossas dificuldades em lidar com esta situação, assim como, as dificuldades dos próprios profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, apesar de conviverem frequentemente no quotidiano com a DNR.

De facto, na nossa opinião a DNR suscita dilemas éticos originando muitas questões, em torno do quando e como surge a tomada de decisão, por quem é tomada, como é registada, qual a intervenção dos enfermeiros nestas situações e também qual o papel do doente terminal e da sua família nesta decisão.

Face ao exposto este estudo tem como objetivo compreender as vivências dos Enfermeiros perante a situação de doentes com a Decisão de Não Reanimar.

Como objetivos específicos delineamos os seguintes:

- Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros face ao doente em situação de DNR;
- Descrever as implicações das vivências de DNR na vida pessoal e profissional dos enfermeiros;
- Identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a DNR de um doente.

Pretende-se com este trabalho contribuir para uma melhor qualidade de cuidados à pessoa e família nesta fase de fim de vida.

Face à problemática apresentada e objetivos definidos seguimos um percurso metodológico que passamos a apresentar.

2- Tipo de Estudo

Este estudo insere-se no paradigma qualitativo de natureza descritiva com características fenomenológicas.

A abordagem qualitativa pareceu-nos ser a mais adequada uma vez que de acordo com Fortin “Os sujeitos que participam no estudo tiveram ou têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente”(1999, p. 148). Para Bogdan e Biklen(1994, p. 16) os dados recolhidos são “ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas”, pelo que as questões a investigar “são formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural (...) privilegiando, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos sujeitos da investigação”.

Segundo Fortin (1999, p. 164): “Um estudo descritivo consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Tem características fenomenológicas, uma vez que estudamos as vivências dos enfermeiros tal como estes a descrevem procurando conhecer uma realidade do ponto de vista dos intervenientes. Segundo Benner, citada por Fortin(1999, p. 149), consiste em descrever as perceções de “pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descreve-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicitá-la da forma mais fiel possível e em comunica-la.”

3- Estratégias de recolha de dados

Tendo em conta a natureza subjetiva da investigação utilizámos como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada.

Segundo Bogdan e Bilklen(1994, p. 134), a entrevista “é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” podendo nos estudos qualitativos ser utilizadas como estratégia principal de recolha de dados.

Com o objetivo de facilitar a condução das entrevistas foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice I), que foi sujeito a pré-teste junto de dois enfermeiros de outra UCIP com as mesmas características, no sentido de avaliar a adequabilidade e pertinência das questões. Não tendo havido necessidade de reformulação foi considerado definitivo por parecer adequado à recolha da informação pretendida.

As entrevistas foram gravadas no sentido de prevenir que se perdessem informações importantes pois como referem Bogdan e Bilklen (1994) é aconselhável o uso do gravador quando as entrevistas são extensas ou são o método principal de colheita de informação. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho e combinadas previamente com os participantes.

A adição de notas escritas às transcrições verbais auxilia na obtenção de uma descrição mais precisa e compreensiva do fenómeno, neste sentido, salvaguardámos que poderiam ser tomadas algumas notas no final da mesma, essencialmente no que concerne às expressões faciais, gestos ou posturas.

4- O contexto e os participantes

4.1.- O contexto

O estudo foi realizado numa UCIP de um Hospital da zona Norte. Relativamente à unidade, situada no quarto piso desta instituição, no Edifício F, é um serviço de atendimento permanente com capacidade de atendimento de 14 doentes. Tem 10 camas individualizadas por separadores tipo cortina e 4 camas individualizadas tipo box. Apesar da capacidade ser de 14 vagas apenas 12 estão contratualizadas sendo esta a lotação da Unidade. A equipa multidisciplinar é constituída por 11 médicos, 10 Assistentes Operacionais e 2 Assistentes Técnicas.

A equipa de enfermagem da unidade é constituída por um total de 35 enfermeiros, dos quais, a enfermeira chefe é Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 4 enfermeiros são Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Os cuidados de enfermagem são assegurados por seis enfermeiros por turno com um rácio máximo de 2 doentes por enfermeiro. A organização da equipa de enfermagem assenta na existência de 5

equipas de trabalho cada um com o seu responsável, não sendo esta organização rígida no sentido em que na execução dos horários e mesmo por conveniência quer dos profissionais, quer do serviço, há sempre a possibilidade de alterar essa dinâmica. Uma regra que o grupo tem procurado cumprir é o facto de em cada turno existir sempre um elemento responsável. Praticam o método individual de trabalho apesar de existir um espírito de colaboração na equipa. Para além destes, em cada turno da manhã está ainda presente um enfermeiro especialista de reabilitação, que é membro da equipa, responsável pela prestação de cuidados de reabilitação à totalidade de doentes internados na UCIP e Unidade Intermédia Neurocríticos.

A equipa de enfermagem é maioritariamente do gênero feminino com 25 enfermeiras e apenas 10 enfermeiros. A idade varia entre os 23 e os 55 anos de idade.

4.2.- Os participantes

Neste estudo participaram sete enfermeiros da UCIP em estudo. A seleção foi aleatória tendo por base o seguinte critério de inclusão: enfermeiros que já tenham vivenciado a experiência de cuidar de doentes sobre os quais foi tomada a DNR. Reunimos previamente com a Chefe de Enfermagem do serviço com o intuito de caracterizar a equipa e negociar a forma de aceder aos participantes no estudo, de acordo com o critério acima referido, em que todos os enfermeiros se encontravam incluídos.

Procedemos à caracterização sociodemográfica, dos participantes, na qual se encontra expressa no quadro seguinte (quadro nº 1).

Idade (em anos)	Nº de enfermeiros
≥ 25 < 35 anos	4
≥ 35 < 45 anos	2
≥ 45 < 55 anos	1
Género	Nº de enfermeiros
Feminino	5
Masculino	2
Formação académica pós-graduada	Nº de enfermeiros
Pós-graduação	3
Especialidade em Enfermagem Reabilitação	1

Tempo de experiência profissional (em anos)	Nº de enfermeiros
< 5 anos	2
≥ 5 < 10 anos	2
≥ 10 < 15 anos	0
≥ 15 < 20 anos	2
≥ 20 anos	1
Tempo de serviço na UCI (em anos)	Nº de enfermeiros
< 5 anos	3
≥ 5 < 10 anos	1
≥ 10 < 15 anos	1
≥ 15 < 20 anos	1
≥ 20 anos	1

Quadro nº 1 – Caracterização geral dos participantes no estudo

Como se pode observar, no quadro nº 1, a maioria dos participantes (4) tem idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos, dois enfermeiros estão situados no intervalo de idades entre os 35 e os 45 anos, por último, um enfermeiro encontra-se no intervalo de idades entre os 45 e os 55 anos. Quanto ao género, a maioria dos participantes (5) é do género feminino e 2 são do género masculino, o que vai de encontro às características da equipa que é maioritariamente feminina.

Quanto à formação pós-graduada, um dos participantes tem a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e três tem pós graduações em áreas como Trauma, Emergência e Catástrofe, Supervisão Clínica e Cuidados Intensivos. Relativamente ao tempo total de exercício profissional a maioria dos enfermeiros (4) tem menos de 10 anos, 2 tem tempo de serviço compreendido entre 15 e 20 anos e 1 exerce a profissão há mais de 20 anos. No que diz respeito ao tempo de experiência profissional na atual UCI, como ilustra o quadro nº 1, a maioria (3) exerce funções há menos de 5 anos, 1 situa-se entre 5 e 10 anos, 1 entre 10 e 15, 1 entre 15 e 20 e 1 exerce a sua atividade há mais de 20 anos na atual UCIP.

Da análise das entrevistas, podemos também constatar que todos os participantes do estudo tiveram experiências prévias noutros serviços/instituições antes de integrarem a equipa da UCIP desta instituição, tendo mesmo 3 participantes exercido a sua atividade noutras Unidades de Cuidados Intensivos.

5- Análise dos Dados

Após obtenção dos dados recorreremos ao seu tratamento através da análise de conteúdo, técnica que “procura arrumar num conjunto de categorias de significação o conteúdo manifesto dos diversos tipos de comunicação”(Amado, 2000, p. 53), considerando o ponto de saturação quando o pesquisador tem a impressão de não apreender nada de novo no que se refere ao objeto de estudo.

Na análise de conteúdo, há um conjunto de fases pre-estabelecidas que dão à técnica o rigor e a profundidade possível, ao mesmo tempo que exigem uma total explicitação de todos os seus passos.

A análise de conteúdo organiza-se em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise organiza-se o material, que constitui o *corpus* da pesquisa. Na exploração do material há três etapas: a) a escolha das unidades de contagem, b) a seleção das regras de contagem e c) a escolha de categorias. O tratamento dos resultados compreende a inferência e a interpretação.

O primeiro contato com os documentos constitui-se no que Bardin (1977) chama de "leitura flutuante", surgindo as primeiras hipóteses e objetivos do trabalho. Após a leitura flutuante deve-se escolher índices, que surgiram das questões norteadoras e organizá-los em indicadores. Os temas que se repetem com muita frequência podem ser índices e recortam-se do “...texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (Bardin, 1977, p. 100). A preparação do material faz-se pela "edição" das entrevistas transcritas.

As entrevistas foram realizadas por nós permitindo uma maior familiarização com os dados, ou seja, com “...os materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise” (Bogdan & Bilklen, 1994, p. 149). A análise de conteúdo possibilita que uma “leitura profunda” das comunicações ocorra, indo além da “leitura aparente”.

O segundo momento, a exploração do material, é a etapa mais longa e cansativa. É a realização das decisões tomadas na pré-análise. É o momento da codificação em que os dados brutos são transformados de forma organizada e "agregados em unidades, os quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo", segundo Holsti,

citado por Bardin(1977, p. 104).

A codificação compreende a escolha de unidades de registo, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias.

A unidade de registo (recorte) é a unidade de significação a codificar. Pode ser o tema, palavra ou frase, recortando-se do texto em função da unidade de registo e o tema resulta da afirmação de um assunto. Como unidade de registo, temos a unidade que se liberta naturalmente do texto analisado em que todas as palavras podem ser levadas em consideração.

A seleção de regras de contagem (enumeração) tem a ver com a presença de elementos que podem ser significativos assim como a ausência que pode significar bloqueios ou traduzir vontade escondida. A frequência com que aparece uma unidade de registo denota-lhe importância, se consideramos todos os itens de mesmo valor, a regularidade com que aparece será o que se considera mais significativo.

Por fim, temos a escolha de categorias (classificação e agregação). A maioria dos procedimentos de análise qualitativa organiza-se em torno de categorias. A categoria é uma forma geral de conceito, uma forma de pensamento. As categorias são reflexo da realidade, sendo sínteses, em determinado momento, do saber. Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) em razão de características comuns. A categorização permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

Segundo Bardin (1977), para serem consideradas boas, as categorias devem possuir certas qualidades:

- Exclusão mútua – cada elemento só pode existir numa categoria;
- Homogeneidade – para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise;
- Pertinência – as categorias devem dizer respeito às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa, às questões norteadoras, às características da mensagem, etc.;
- Objetividade e fidelidade- se as categorias forem bem definidas, se os índices e indicadores que determinam a entrada de um elemento numa categoria forem bem claros,

não haverá distorções devido à subjetividade dos analistas;

-Produtividade – as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos.

O terceiro momento da análise de conteúdo, o tratamento de resultados, compreende a inferência e a interpretação dos dados. A inferência orienta-se por diversos polos de atenção, que são os polos de atração da comunicação. Numa comunicação há sempre o emissor e o recetor, os polos de inferência propriamente ditos, além da mensagem e o seu suporte, ou canal.

Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o fundamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação.

As interpretações a que levam as inferências serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais.

Neste contexto, podemos verificar que o caminho que percorremos durante a análise de conteúdo é uma compreensão daquilo que é vivido pelos enfermeiros nas situações de DNR. A análise dos discursos, a formação e posterior constituição de áreas temáticas é uma compreensão indutiva do que nos foi transmitido pelos participantes. O conjunto das áreas temáticas, categorias, subcategorias e respetivas unidades de registo encontram-se expressas num quadro que apresentamos em anexo (Apêndice II).

6- Considerações Éticas

Em qualquer tipo de investigação o fundamental é zelar pelo bem do Ser Humano e em especial nesta investigação pelo bem dos participantes de forma a não os prejudicar pelo facto de colaborarem na mesma.

Qualquer investigação que envolva seres humanos levanta questões morais e éticas. No caso concreto da investigação em enfermagem, uma vez que os sujeitos da investigação são pessoas há que ter em consideração os direitos inerentes à dignidade da pessoa

humana.

Tal com refere Fortin(1999, p. 116) “é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.” Surgem assim os códigos de ética de âmbito nacional e internacional em consequência da violação dos direitos humanos e da evolução da ciência e da tecnologia, com o objetivo de reger a investigação em seres humanos.

Neste sentido, os códigos de ética definiram cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos conforme apresentados por Fortin (1999, p. 116) e que são: “O direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e por fim, o direito a um tratamento justo e leal.”

O direito à autodeterminação fundamenta-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual, cada pessoa é capaz de decidir por si e tomar conta do seu próprio destino.

O direito à intimidade tem por base a liberdade da pessoa em decidir acerca do conteúdo da informação que transmite ao participar no estudo e a determinar de que forma aceita partilhar informações privadas e íntimas.

O direito ao anonimato e à confidencialidade que indica ao investigador o tratamento que ele deve reservar aos dados íntimos que lhe são fornecidos no quadro do estudo. Assim sendo, a identidade do sujeito não é associada nem mesmo pelo investigador às respostas individuais. Todos os dados colhidos durante o estudo foram tratados de forma confidencial.

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo que pressupõe as regras de proteção da pessoa contra inconvenientes que sejam suscetíveis de lhe causarem mal ou de a prejudicarem.

O direito a um tratamento justo e equitativo, tal como refere Polit e Hungler citado por Fortin(1999, p. 119): “Os sujeitos têm direito a receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo.”

Desta forma, a escolha dos participantes deve estar relacionada com o problema de investigação e não deve ser baseada na conveniência e na disponibilidade dos sujeitos, nem devendo de igual modo causar prejuízo aos mesmos, caso desistam durante o estudo (Fortin, 1999, p. 97).

Um dos aspetos mais difíceis de aplicar baseia-se na relação riscos/benefícios

devendo existir uma relação aceitável entre o “risco que o sujeito corre” e o proveito que o sujeito retira na participação do estudo. Salientando esta ideia Crête citado por Fortin (1999, p. 120) diz que: “Na preparação do seu estudo, o investigador deve avaliar cuidadosamente os riscos e os benefícios aos quais ele pode expor os sujeitos. A análise riscos – benefícios de um projeto de investigação consiste em tomar em consideração todos os benefícios e todas as perdas que daí poderão resultar.”

Devem-se informar devidamente os sujeitos para que estes possam decidir participar ou não no estudo. Esta decisão deve ser efetuada de forma consciente, livre e esclarecida. Segundo Fortin (1999, p. 120):

O consentimento é livre se é dado sem nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja em plena posse das suas faculdades mentais. Para que o consentimento informado seja esclarecido, a lei estabelece o dever de informação. A informação é a transmissão dos elementos essenciais à participação dos sujeitos. Obter um consentimento escrito, livre e esclarecido da parte dos sujeitos é essencial à manutenção da ética na conduta da investigação.

Paralelamente aos aspetos éticos relacionados com os entrevistados há também a considerar os relacionados com o investigador.

O investigador deve ter determinadas características, nomeadamente integridade intelectual e honestidade que contribuirão para dar rigor e seriedade ao estudo a realizar. A honestidade do investigador é um dos princípios numa atitude científica e como tal deve estar presente quer seja na recolha de dados, quer seja na análise dos resultados, assim como na elaboração do relatório do estudo de investigação.

No sentido de atender a todos estes princípios éticos na realização do nosso estudo, numa fase inicial, foi formalizado o pedido para a realização do estudo ao Conselho de Administração do Hospital (Apêndice III), onde referimos os objetivos do estudo, a finalidade, critérios de seleção dos participantes e o instrumento de colheita de dados a utilizar assim como o guião da entrevista.

Tratando-se de pessoas adultas, conscientes e lúcidas, optámos por informá-las oralmente do nosso propósito utilizando também um documento escrito de consentimento informado (Apêndice IV). Para manter o anonimato foram atribuídas siglas às entrevistas, a sigla (E1) corresponde à primeira entrevista realizada e assim sucessivamente até à sétima entrevista (E7).

Capítulo III - Apresentação e Análise dos Dados

No presente capítulo iremos proceder à apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas que realizámos.

Para a apresentação dos resultados e de modo a facilitar uma melhor análise e interpretação foi elaborado um quadro (quadro nº2) onde estão expressas as áreas temáticas, respetivas categorias e subcategorias. A descrição e análise dos dados percorrerão as áreas temáticas encontradas, as respetivas categorias e subcategorias.

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Nº unidades de registo
Sentimentos/reações dos enfermeiros face à situação de DNR	Ansiedade		2
	Choro		2
	Tristeza		1
	Revolta		2
	Impotência		9
	Angústia		4
	Desconforto		7
Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros perante a DNR	Relacionados com o doente	Idade	6
		Prognóstico	7
		Estado de consciência	7
	Relacionados com a família	Presença/envolvimento	2
		Reações da família	6
		Comunicação da má notícia	2
	Relacionados com a situação	Causa desencadeadora	5
		Decisão Inesperada	4
		Critérios para a DNR	11
	Relacionados com o enfermeiro	Tempo de Experiência Profissional	4
		Não participação na decisão	2
		Défice de conhecimento sobre documentação existente no serviço	7
	Relacionados com a dinâmica da equipa	Proporcionar condições para uma morte digna	7
		Questões ético-legal	11
		Falta de uniformidade nos critérios de atuação da equipa	3
		Envolvimento da equipa multidisciplinar na decisão	11
Implicações das vivências de DNR na vida dos enfermeiros	A nível pessoal	Forma de vivenciar a morte	3
		Um outro olhar sobre a vida	3
	A nível profissional	Foco de atenção no cuidar	9
		Gestão de emoções	10

Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente	Promoção de momentos de partilha/reflexão das vivências	Família e amigos	2
		Com a equipa	10
	Aquisição de conhecimentos	Experiência Profissional	8
		Pesquisa bibliográfica	1
	Reflexão individual		8
	Desenvolvimento da Espiritualidade		1
	Mecanismo de fuga		4

Quadro nº 2 – Temática, categorias e subcategorias

Sentimentos/reações dos enfermeiros face à situação de Decisão de Não Reanimar

O discurso dos participantes revelaram que no cuidar de uma pessoa com DNR os enfermeiros experienciam vários sentimentos, os quais constituíram um conjunto de categorias que se encontram expressas na figura nº1.



Figura nº 1 - Sentimentos / reações dos enfermeiros face à situação de DNR

A **ansiedade** dos profissionais foi identificada em duas unidades de registo das entrevistas.

“ Mas sim, aquele aperto..., aquele aperto físico do coração, sim. De estar... (aperta as mãos no peito). ” (E2)

“Surgiram taquicardia, custar a engolir...” (E5)

Chorar é uma reação e uma forma de demonstrar os sentimentos e o sofrimento perante uma situação que nos incomoda. Dois dos entrevistados referiram que choraram ou tiveram vontade de chorar face a situações de DNR.

“Ainda não aconteceu assim nenhum choro compulsivo (...). Mas já tive vontade, mas acabei por superar...” (E2)

“A única coisa que eu fiz foi chorar.” (E4)

Dos sete entrevistados apenas um enfermeiro se referiu à **tristeza** como sentimento vivenciado, como se pode ver no seguinte excerto:

“...é (...) uma tristeza...” (E2)

Outra categoria que emergiu da análise de conteúdo foi a **revolta**. Os enfermeiros foram preparados para cuidar e ver os seus doentes a recuperar as suas capacidades, pelo que o sentimento de revolta pode surgir nestes contextos como se pode ver no seguinte relato:

“...confesso que tive alguma revolta ...” (E2)

“...aceitamos a decisão médica e cumprimos o DNR. Mais nada. Cumprimos (...), nunca perguntamos o porquê, mas pouco faz a diferença o nosso porquê ou a nossa opinião porque a decisão já está tomada.” (E2)

A **impotência** foi um dos sentimentos mais expresso no estudo e a forma como foi manifestado é visível nos seguintes registos:

“é um sentimento de impotência, de ter à mão tudo aquilo que é possível, disponível todo o tipo de aparelhagem, ter o sangue, ter os profissionais, ter realmente tudo à disposição e não haver resposta,...”(E3)

“...doentes que conservam alguma vida de relação, que são capazes de interagir connosco, (...)que a nosso ver até tem alguma...(viabilidade), comunica connosco e tudo, mas se calhar podemos investir um pouco mais, e sentimo-nos incapazes, não é? E limitados.” (E6)

“O sentimento foi um sentimento de impotência, de ver um senhor tão jovem, tão consciente que ele estava, e de não conseguir fazer nada.” (E7)

A Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP) e Colégio de Cuidados de Enfermagem(1999) dizem-nos que a impotência tem como

definição: impressão de que os seus atos não terão efeito. Os enfermeiros podem, deste modo, sentirem-se desarmados perante a situação que enfrentam.

A **angústia** foi manifestada por alguns participantes, e está associada a sentimentos de inutilidade, incerteza e nervosismo perante a inevitabilidade da vida.

“...é uma angústia...” (E2)

“...cria um bocado de angústia e é um bocado difícil vivê-la porque supostamente somos profissionais e não teremos que exteriorizar este tipo de sentimentos.” (E2)

“De angústia. E creio que consegui espelha-los...” (E5)

A categoria “**desconforto**” é referida por cinco dos sete entrevistados da seguinte modo:

“...se tiver uma evolução má, não vai ser para investir e faz-me alguma confusão esta desistência logo à partida, e quase sempre os interpelo...(E2)

“Mas há casos e casos, e uma das situações é que quanto mais novas as pessoas são, uma das coisas que nos incomoda, ou me incomoda bastante é quando há filhos menores, situações sociais... enfim... que consideramos, ou considero mais calamitosas e principalmente a idade.” (E3)

“Surgiram desconforto, (...), porque não estava mesmo confortável com a situação...” (E5)

Como podemos ver são vários os sentimentos manifestados pelos participantes no estudo. De facto, parece não ser fácil para os enfermeiros lidarem com os doentes com DNR, ou seja, com um fim de vida que termina à sua frente, sem poderem recorrer os conhecimentos teórico-práticos, bem como a todos os avanços tecnológicos que a ciência oferece na atualidade, no sentido de preservar/prolongar a vida.

Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros perante a Decisão de Não Reanimar

Pelos discursos dos nossos participantes foram vários os aspetos identificados como fatores que interferem na vivência do enfermeiro perante a DNR e que agrupamos nas seguintes categorias e subcategorias expressas na figura nº2: relacionado com o doente, relacionado com a família, relacionado com a situação, relacionado com o enfermeiro e

relacionado com a dinâmica da equipa.

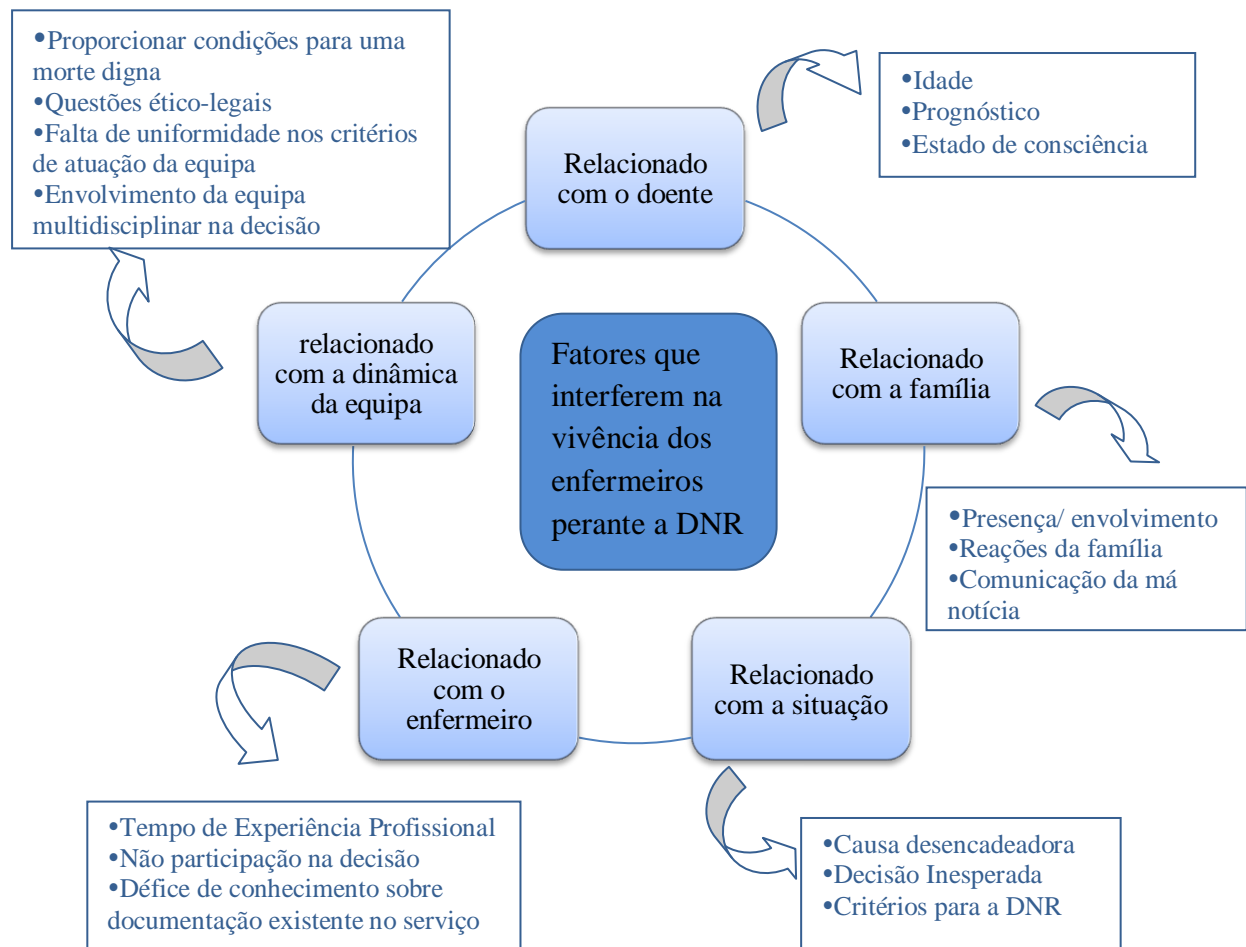


Figura nº 2 - Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros perante a DNR

Relativamente aos fatores **relacionados com o doente**, os discursos proferidos centram-se em torno de três aspetos, resultando três subcategorias: *Idade*, *Prognóstico* e *Estado de consciência*.

A *idade* do doente foi referida pela maioria dos entrevistados (seis) traduzindo a importância que lhe atribuem neste contexto, no sentido em que é mais fácil encarar a DNR numa pessoa idosa do que numa pessoa mais jovem. Por outro lado, o conceito de “novo” e de “velho” varia com as pessoas, como podemos constatar pelas seguintes unidades de registo:

” E custou um bocadito também por ser jovem, tinha 19 anos salvo erro, e então custou assim um bocadito!” (E1)

“...era uma pessoa já com sessenta e muitos, não era velho, também não era novo

(...) quando são pessoas de muita idade, (...) acho que tudo a seu tempo...” (E4)

“...geralmente quando são pessoas mais novas, mexem mais connosco...” (E6)

“... um senhor relativamente jovem, muito jovem, aliás com cinquenta e poucos anos ...” (E7)

Quanto ao *prognóstico* do doente, pelas afirmações dos entrevistados podemos constatar que é mais fácil aceitar a DNR quando o prognóstico é desfavorável ao doente.

“...não tinha viabilidade nenhuma se realmente sobrevivesse a uma paragem...” (E2)

“...a certa altura verificou-se que não adiantava continuar com as medidas de suporte, e foi dada a indicação para realmente se parar, não reanimar.” (E3)

“...não tinha qualquer tipo de perspetiva que evoluísse favoravelmente devido à alteração pulmonar que apresentava.” (E7)

Em relação à subcategoria- *estado de consciência* do doente, na continuação dos seus discursos, os entrevistados referiram que quando o final de vida e a tomada de DNR é praticada em doentes conscientes revela-se mais traumatizante para os enfermeiros.

“...quanto maior for o nível de consciência, maior é o nível de desespero, sofrimento, e por muito que desejamos fazer, acho que há que pensar...” (E3)

“É diferente, quando eles estão acordados de quando eles estão não acordados, em coma, já não há nada a fazer. Mas acordados custa-me muito.” (E4)

“...ver um senhor tão jovem, tão consciente que ele estava, e de não conseguir fazer nada (...) o senhor... solidão para ele, estar ali consciente de que a morte se estava a aproximar. “ (E7)

No que se refere à segunda categoria, **relacionados com a família**, surgiram também vários fatores que agrupamos em três subcategorias: *Presença/envolvimento, Reações da família e Comunicação da má notícia*.

A *presença/envolvimento* da família surge como um fator facilitador e dificultador da vivência, como nos indica a seguinte transcrição:

“Chamou-se a família (...). E a mim marcou-me o facto..., pela positiva o facto de morrer acompanhado. Porque não é para todos, morrer com a família ao lado. E pela negativa, o olhar daquele homem. Marcou-me muito...” (E4)

“ A parte positiva que vivenciei foi estar ali com aquela família, não os larguei..., ele estar acompanhado...” (E4)

Dos sete entrevistados, três referem-se às *reações da família* como dramáticas e

chocantes perante a situação do seu familiar com DNR. A família do doente em fim de vida é motivo de preocupação por parte dos enfermeiros uma vez que os familiares têm um papel fundamental na vida de qualquer pessoa, facto que assume uma relevância especial no processo terminal de uma morte anunciada. Estes aspetos são visíveis nas seguintes transcrições:

“A família raramente aceita (...) primeiro tem aquele período de negação.” (E2)

“Mesmo para a família, aquela família ao vê-lo naquele estado também não ia ser muito agradável...” (E4)

“Por um lado estava acompanhado mas aquela família também deve ter ficado marcada para o resto da vida.” (E4)

Em relação à subcategoria *comunicação da má notícia*, podemos constatar que geralmente é o médico quem transmite a má notícia à família e que o enfermeiro tem um papel mais de apoio aos familiares, o que por vezes não se constitui uma tarefa fácil como revelam os discursos:

“Mesmo na decisão à família (comunicação da decisão à família), nós não estamos presentes na comunicação, a família tem direito a saber, e nós não estamos presentes na comunicação. Estamos no pós, estamos a dar o apoio a seguir, mas acho que deveria ser uma reunião com a família...” (E2)

“...muitas vezes a família também nos faz perguntas e tu não sabes o que lhe hás-de dizer porque não sabes o que é que o médico lhe disse.” (E4)

“Também tive a perceção de que a decisão de não investir por esse caminho foi partilhada com a família. Pelos médicos, partilhada com a família.” (E5)

Da análise dos dados ressaltou ainda uma terceira categoria, **relacionados com a situação**, que engloba vários aspetos que interferem na forma como os enfermeiros vivenciam a DNR: *causa desencadeadora*, *decisão Inesperada* e *critérios para a DNR*.

A *causa desencadeadora* da situação e o facto de ser uma *decisão inesperada* são dois dos aspetos relacionados com a situação, expressos pelos participantes, que influenciam negativamente as suas vivências. Relativamente à causa desencadeadora, esta surge expressa da seguinte forma:

“...um acidentado de mota, em que realmente tudo foi feito, mas havia uma hemorragia em toalha e tentamos tudo por tudo nessa situação...” (E3)

“...um senhor de sessenta e poucos anos com uma doença pulmonar crónica, tinha uma silicose, em que foi decidido não reanimar e foi decidido suspender medidas.” (E4)

“Era uma doente que teve uma hemorragia cerebral maciça, entretanto a doente mantinha “drive” respiratório...” (E5)

A situação de uma *decisão inesperada* é assim expressa:

“A decisão de não reanimar surgiu ali na situação de paragem... que... foi aquela situação de ameaça, “-se não reverter a partir deste choque, a enfermeira “X” não vai fazer mais nada.” (E2)

“E portanto, foi ali aquela decisão que me deixou bastante perplexa porque de facto normalmente as minhas situações anteriores eram balizadas, eram discutidas antes e aquela era... teve que ser no momento, ali, exato.” (E2)

“Foi colocado o doente em ventimask, ele estava a fazer bipap já, e para mim foi uma surpresa porque eu achava que aquele doente estava a evoluir favoravelmente apesar dos antecedentes.” (E4)

Os critérios para a tomada de DNR, segundo os enfermeiros, podem contribuir para uma forma de melhor aceitar esta decisão.

“... desde que não se tenha uma qualidade de vida... quando não há realmente viabilidade de ter as suas capacidades cognitivas íntegras e estar dependente de outros para tudo...” (E2)

“...penso que há vários critérios; disfunções multiorgânicas; a idade não deverá ser um fator imperioso mas deve também ser um fator a pesar, ...; os antecedentes; se..., nas suas atividades de vida diárias independente ou não; se é um doente que está bem integrado socialmente; se há um suporte familiar capaz de no caso de as coisas não correrem pelo melhor depois se realmente existe ou não esse suporte...” (E3)

“... quando existem vários exames complementares de diagnóstico que veem que não podemos proporcionar mais nada àquele doente e que se calhar as medidas evasivas vão ser muito mais prejudiciais para o doente.” (E6)

Verificamos ainda que o discurso dos entrevistados sobre este tema resultou numa outra categoria, **relacionados com o enfermeiro**, que engloba outros aspetos que interferem na vivência duma situação de DNR: *Tempo de Experiência Profissional, Não participação na decisão e Défice de conhecimento sobre documentação existente no serviço.*

O tempo de experiência profissional emerge como um fator ambivalente que pode facilitar ou dificultar a vivência da situação.

“...sendo eu jovem tanto como enfermeira como aqui, achei uma barbaridade (...). Depois de a decisão estar tomada é tentar que tudo seja assimilado...” (E2)

“...às vezes é aquela sensação de trabalhar aqui há muitos anos e tu dizes assim: - bem, dali não se espera nada! Mas depois também há o engano.” (E4)

“Creio que à medida que a gente vai tendo as experiências vamos aumentando a nossa bagagem de interpretação. E essa bagagem de interpretação vai nos ajudando nas situações seguintes e acho que é, face aos anos que trabalho em cuidados intensivos, isso me vai ajudando também a saber estar, e a saber estar com os colegas, com os médicos.” (E5)

Enquanto membros integrantes da equipa de saúde, os enfermeiros consideram que deveriam ser chamados a participar nas decisões que dizem respeito ao doente, referir os seus conhecimentos acerca do estado do mesmo, constituírem-se deste modo, intervenientes ativos na tomada de decisão. Mas isso nem sempre acontece, como ficou demonstrado pelo seguinte discurso:

“... por eu não colaborar com essa decisão é que nem sempre é fácil entender e passar por ela.” (E2)

“penso que não deveria de ser uma decisão a ser tomada única e exclusivamente por médicos...” (E3)

Através dos testemunhos dos enfermeiros que participaram no estudo observamos que existe um défice de conhecimento sobre a documentação existente no serviço relativamente ao procedimento - *ordens para “não reanimar” e situações de “suspensão de terapêutica* – apesar deste existir no serviço desde 2003. Contudo, é de salientar que a maioria dos enfermeiros referiu não ter conhecimento do mesmo. Apenas um dos entrevistados referiu conhecer o mesmo.

“Sim. (tem conhecimentos da sua existência) ” (E1)

“Que eu tenha conhecimento, não.” (E2)

“Não existem. Creio que todos vamos tendo a perceção destes desconfortos que vamos sentindo, há necessidade de fazer trabalho também nessa área.” (E5)

“Não, não existe.” (E7)

Por fim a última categoria que emergiu no âmbito desta área temática foi, **fatores relacionado com a dinâmica da equipa**, que engloba quatro subcategorias: *condições para proporcionar morte digna, questões ético-legais, falta de uniformidade nos critérios de atuação da equipa e envolvimento da equipa multidisciplinar na decisão.*

Para os enfermeiros entrevistados o importante é que o doente tenha tranquilidade, paz, conforto e o sofrimento minimizado. Os enfermeiros preocupam-se com a forma como

os seus doentes vivenciam a morte, preocupam-se em dar-lhes todo o conforto que é possível, *proporcionando condições para uma morte digna*, como nos mostra os seguintes discursos.

“...é preciso agilizar uma serie de coisas para proporcionar um fim de vida minimamente digno, numa unidade destas” (E2)

“...permitir ao doente um desfecho naturalmente com a sua dignidade menos dolorosa do que tratamentos extremamente invasivos e extremamente dolorosos...” (E3)

“...há que saber parar, e se essa decisão for tomada em equipa, há que chegar a um ponto e dizer, o doente não tem potencial, não vamos estar a submeter o doente a mais sofrimento, quando será só um prolongamento do sofrimento e não proporcionar-lhe qualidade de vida.” (E6)

Sendo o tema da DNR tão delicado e complexo, é natural que surjam *questões ético-legais* aos profissionais de saúde, o que é visível nos seguintes excertos dos enfermeiros que participaram no estudo.

“...questões de emigrantes em que as leis eram bastante diferentes das que são cá e colocaram-se dilemas de que...até que ponto estaríamos a violar algum direito humano.” (E2)

“...mas há uma grande percentagem de doentes que realmente são gastos em números e não podemos só medir a saúde pelos gastos mas também é um fator a ter em conta, e que passados três, quatro, oito dias, o desfecho é a morte...” (E3)

“Eu não sou objetora de consciência, não sou, mas... não achei correto e não fiz.” (E4)

“ Os dilemas foram mais dentro dos quatro princípios, da autonomia, da beneficência, da não maleficência, talvez dentro da não maleficência que se levantassem mais porque se não vai fazer bem ao doente mal não pode fazer, e acho que ao retirar-se o tubo, estaria ali (...) algum desrespeito por esse princípio...” (E5)

“...o encarniçamento terapêutico de... esse sentimento surge também muitas vezes...” (E7)

Dois dos enfermeiros entrevistados referiram que por vezes existe *falta de uniformidade* na aplicação dos *critérios de atuação da equipa*, ou seja, a decisão de reanimar ou não um doente parece depender da equipa médica que se encontra de serviço.

“...aquilo que se verifica é que durante a noite haverá essa indicação, por exemplo, durante a manhã vem outra equipe de médicos e a decisão é exatamente oposta,

á tarde vem outra equipa e a decisão já é novamente a que era anteriormente e não há consenso...” (E3)

“Aqui funciona muito assim: Não é para fazer nada mas não vamos decidir agora; vamos esperar pela equipa que vem amanhã para falarmos entre todos, depois é capaz de vir a equipa e dizer assim: não é para fazer nada e amanhã já é para fazer alguma coisa. Portanto, depende de quem esteja...” (E4)

Em relação à subcategoria, *envolvimento da equipa multidisciplinar na decisão*, todos os enfermeiros entrevistados foram da opinião que apesar de esta decisão ser médica deveria ser tomada no âmbito da equipa multidisciplinar.

“...é uma decisão, que deveria ser uma decisão a nível de equipa multidisciplinar (...) é uma decisão... tomada a nível médico... nós enfermeiros praticamente ou quase sempre não somos ouvidos, ou se somos ouvidos, não é a nossa opinião que vai decidir...” (E3)

“...o facto de DNR não ser uma responsabilidade nossa, é um compromisso médico, o que nos descarta essa responsabilidade...” (E6)

“Eu penso que a decisão de não reanimar um doente deve ser uma decisão ponderada em equipa, e deve envolver médico, enfermeiro, deve envolver a família do doente, a família deve estar presente nessa decisão...” (E7)

Em síntese, podemos observar que são vários os fatores que interferem numa vivência de situação de não reanimar. Estes podem constituir-se com fatores facilitadores ou dificultadores e estão relacionados com os intervenientes – enfermeiro, doente, família; com a situação e com a dinâmica da equipa multidisciplinar.

Implicações das vivências de DNR na vida pessoal e profissional dos enfermeiros

Durante a realização deste trabalho, verificamos que cuidar de doentes em fase terminal com DNR é um dos maiores desafios que se coloca aos enfermeiros e que acarreta implicações tanto a nível pessoal como profissional.

A análise dos dados mostrou-nos que as implicações se situam a estes dois níveis tendo emergido várias subcategorias inerentes a cada uma deles (figura nº 3).

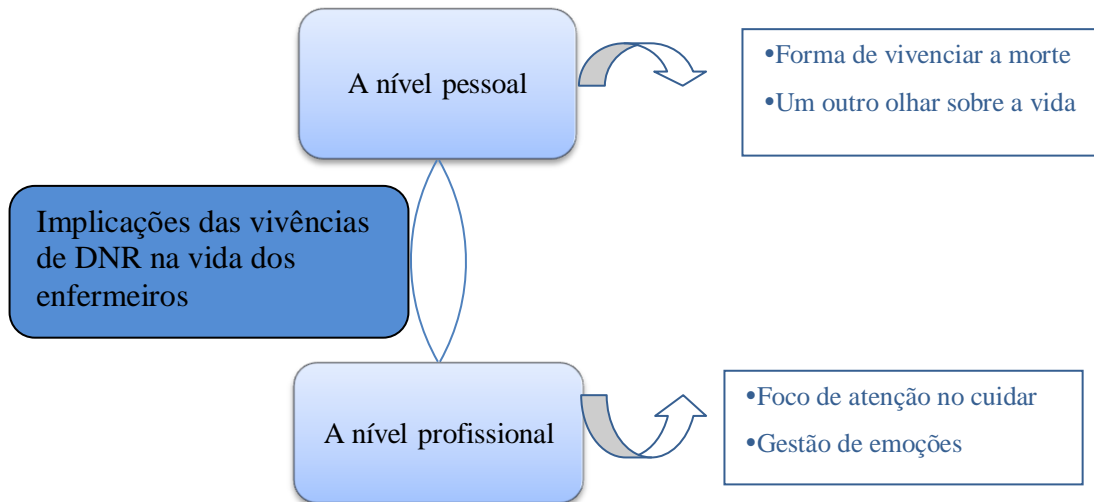


Figura nº 3 - Implicações das vivências da DNR na vida dos enfermeiros.

Relativamente às implicações a **nível pessoal**, podemos registar duas subcategorias: *forma de vivenciar a morte* e *um outro olhar sobre a vida*.

Conforme podemos verificar três entrevistados emitiram a opinião que a experiência de uma situação de DNR alterou a forma de vivenciar a morte.

“...estes paradigmas que nós temos de pensar, de às vezes (...) olhamos só para nós, e então quando existem estas situações, (...), acho que elas fazem-nos pensar um bocadito. E então aí, acho que altera a personalidade, no mínimo a personalidade.” (E1)

“Eu acho que com essas experiências fui sabendo lidar melhor com a morte. E, eu acho que evolui enquanto pessoa com essas experiências, de forma positiva e serena.” (E6)

Os seus discursos revelaram que estas vivências conduziram a *um outro olhar sobre a vida*, ou seja, implicaram um repensar da conduta pessoal, uma maior valorização da vida e a sensação de missão cumprida.

“Pelo menos tive vários pensamentos em relação a mim, à conduta pessoal,...ter mais alguns cuidados, ou pelo menos pensar mais um bocadinho antes de fazer determinadas coisas. E depois é(...)acho que devemos aproveitar a vida o mais possível e enquanto cá estamos, não fazer grandes projetos, muito distantes...” (E1)

“Acabo por passar umas horas seguintes mais deprimida, se calhar. Depois a fase em que dou mais valor à vida, a fase em que preciso falar sobre isto...” (E2)

“...tento corrigir em termos posturais e em termos de respeito pela dignidade e ter um sentimento que a minha missão foi bem concluída (...) Eu acho que o importante (...) é

nós termos consciência de que fizemos tudo até à hora da decisão. E no pós decisão, claro. Acho que é ter a noção de missão cumprida.” (E6)

No que diz respeito às implicações **a nível profissional**, emergiram duas subcategorias: *foco de atenção no cuidar e gestão de emoções*.

Relativamente ao foco de *atenção no cuidar* foi perceptível pelos discursos que perante situações de DNR, os enfermeiros procuram centrar as suas intervenções nomeadamente a nível de conforto, bem-estar, envolvimento familiar, preservando a melhor qualidade de vida possível da pessoa até à morte. Estes aspetos espelham-se nas seguintes expressões:

”Normalmente, no meu planeamento e na minha prestação de cuidados a essa pessoa mantenho as situações do conforto, situações de alimentação, e (...) que realmente a pessoa não esteja em sofrimento...” (E3)

“E uma vez que está comprovado com dados clínicos que não existe outra forma de melhorarmos a situação da doente, é proporcionar conforto, apoio familiar e se calhar dar mais apoio à família...” (E6)

“...nos doentes cuja decisão é não reanimar, acima de tudo tento proporcionar o máximo de conforto (...) e estou sempre atenta aos sinais da dor, ao fâcies, e alerta o médico nesse sentido...” (E7)

Os profissionais de saúde ao terem que vivenciar este tipo de situações experienciam emoções, muitas vezes, negativas, isto porque foram preparados para cuidar e ver os seus doentes a recuperar as suas capacidades. Face a estas situações o enfermeiro tem que *gerir as suas emoções* para conseguir prestar devidamente os cuidados ao doente com DNR, assim como à família, como traduzem os seguintes excertos:

“...se ficar, ..., a martelar numa situação constantemente, isso pode ser prejudicial para o desempenho claro, consciente e decisor noutras situações para outros doentes. E influenciar até negativamente a equipe.” (E3)

“...para uma família, é doloroso perder alguém, mas, é doloroso ver esse alguém sofrer, porque vamos sofrendo aos bocadinhos também ...” (E4)

“...eu geralmente não me envolvo muito emocionalmente, não o posso fazer, eu acho. Protejo-me mais e pronto, uma vez que não tinha viabilidade, nós acreditamos na parte médica...” (E6)

São estas as várias implicações que foram expressas pelos enfermeiros que

participaram neste estudo e que se situam a nível pessoal e profissional. Focalizando-nos nas implicações a nível profissional é interessante verificar a preocupação dos enfermeiros em centrar as suas intervenções no bem-estar e conforto da pessoa em fim de vida, ou seja, uma intervenção direcionada para uma dimensão mais paliativa e não tanto curativa.

Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente

Os discursos foram reveladores das diversas estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente, que agrupamos nas seguintes categorias: promoção de momentos de partilha/reflexão das vivências, aquisição de conhecimentos, reflexão individual, desenvolvimento da espiritualidade e mecanismo de fuga (figura nº4).

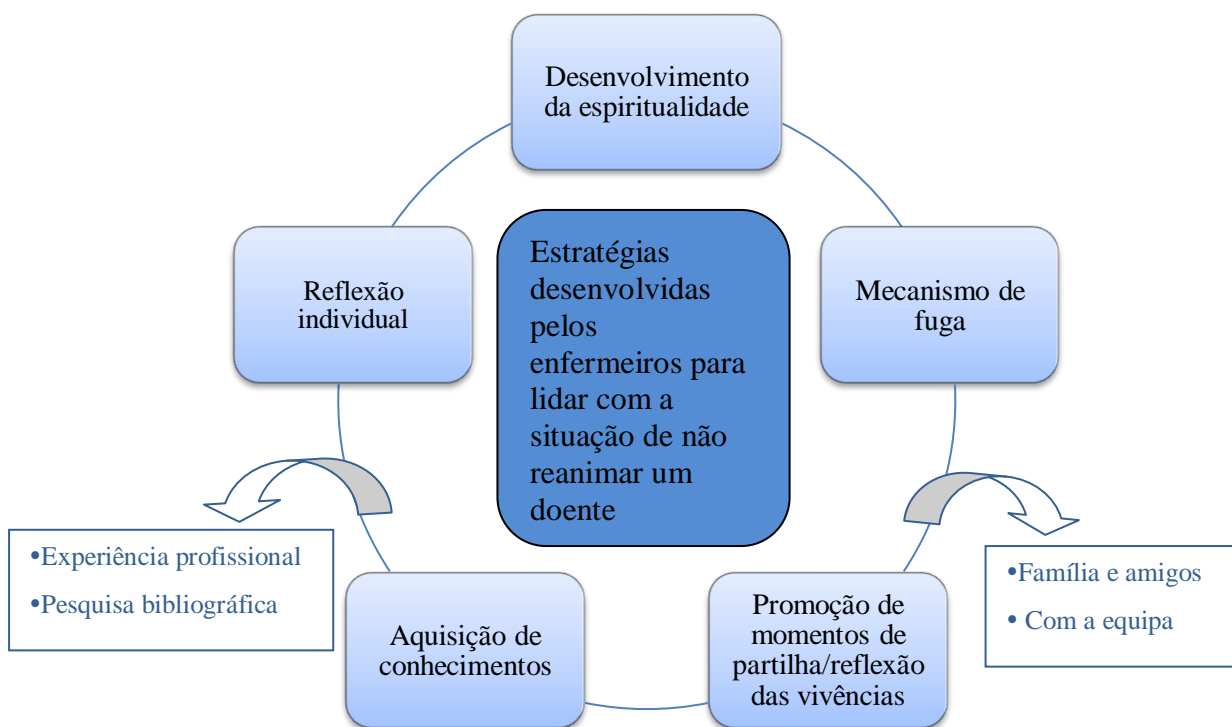


Figura nº 4 - Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente.

Relativamente à primeira categoria, **promoção de momentos de partilha/reflexão das vivências**, observamos pelos testemunhos dos participantes que estes procuram

partilhar as suas vivências com familiares, amigos ou com outros profissionais, como forma de suporte numa situação de DNR. A partilha com a *família e amigos* foi expressa por dois enfermeiros:

“...a fase em que preciso falar sobre isto, mesmo que não seja...acabo por ter bastantes colegas enfermeiros, mas acabo por ter necessidade de exteriorizar isto porque me deixa mesmo angustiada e acabo...damos outro valor...acho que acabamos, nós que estamos nesta área acabamos por dar valor e ao mesmo tempo condiciona algumas coisas que queremos fazer e pensamos sempre na pessoa que está ali, o porquê dela estar ali.” (E2)

“E a forma de poder lidar melhor com isso foi partilhar. Partilhar, mesmo com a família ...” (E5)

A partilha/reflexão com outros profissionais foi apontada no sentido em que esta pode ajudar a lidar com a situação permitindo a expressão de sentimentos e consequente suporte e coesão do grupo.

“... já falei com a chefia, porque deveria haver reuniões... interdisciplinares sobre este assunto.” (E2)

“É sentarmos todos à volta da mesma mesa e discutimos o assunto, em conjunto, e sobretudo diminuir esta revolta que muitas vezes as passagens de turno se tornam expressivas, que é, parece que andamos aqui a brincar.” (E3)

“...discutindo isso com alguns médicos da Unidade com quem tenho mais à vontade (...) A interdisciplinaridade que existe e a presença contínua de entre os grupos profissionais faz com que ambos se vão monitorizando.” (E5)

Outra estratégia desenvolvida pelos profissionais passa pela **aquisição de conhecimentos** que na perspetiva dos participantes pode ser obtida pela *experiência profissional* ou pela *pesquisa bibliográfica*.

Ao longo da vida o enfermeiro vai adquirindo *experiência profissional*, que se traduz pela maturidade e crescimento permitindo aos mesmos uma melhor compreensão/participação na DNR.

“...é evidente que ao longo dos anos a pessoa vai sentindo uma certa resistência, passo a expressão, e ficamos quase que imunizados.” (E3)

“...creio que no início de carreira a minha postura não seria a que é atualmente. Portanto, acho que cresci.” (E5)

“...no início fazia um bocadinho mais de impressão, envolvia-me mais emocionalmente, depois fui aprendendo a aceitar e a cuidar com carinho, com aquela

atenção e sem medos, e então muito mais à vontade.” (E6)

Apenas um enfermeiro referiu-se à *pesquisa bibliográfica*, expressando o seguinte:

“Incomodou-me essa situação bastante, face a isso tive que procurar literatura que pudesse, ajudar a interpretar melhor, atendendo que não considere muito correta a atitude (...) pesquisar no sentido de poder minimizar aquilo que era a angústia.” (E5)

A **reflexão individual** sobre os cuidados, também surge como forma de se adaptarem e lidarem com outras situações semelhantes.

“...de facto toda a gente se revê um bocado na situação, os que são mais velhos como os pais, os que são mais novos como sendo eles a viver aquilo...” (E2)

“...fica-nos sempre um ponto de interrogação até existir depois outro caso e o tempo diluir no tempo a situação (...) ...a sensação que nos fica, ou que me fica nas primeiras horas é que realmente temos que viver a vida um dia de cada vez...” (E3)

“E depois fico... penso muitas vezes, se fosse comigo, em algumas situações, por amor de Deus, não me façam isto.” (E4)

“Sensibilidade, maior sensibilidade à família. Acho que uma pessoa vivenciando essas situações, vai ficando muito mais sensível a essas situações.” (E7)

Outra categoria que resultou da análise dos dados foi o **desenvolvimento da espiritualidade**, expressa por um participante que se referiu a esta como uma fonte de suporte:

“Eu tenho uma posição muito serena face a isso, porque, também tenho uma parte espiritual de suporte que me leva a aceitar melhor os factos.” (E6)

O **mecanismo de fuga** foi outra das estratégias apontada pelos enfermeiros entrevistados, sugerindo que nestas situações, de forma consciente ou inconscientemente evitam pensar no assunto, ou seja, tentam esquecer o mais rapidamente possível o sucedido.

“...mas depois vamos para o quotidiano e tentamos esquecer e é uma das coisas que faço mesmo para ultrapassar, é realmente esquecer, porque se não a pessoa começa a ficar de certa forma envolvida psiquicamente e psicologicamente nestas situações e acaba por se sentir um bocado incomodado...” (E3)

“Posso pensar um bocadinho no assunto mas saio daqui e desligo. Porque tem que ser. Quando mete jovens, e depois quem tem filhos, isto implica um bocadinho, mas desligo. Posso pensar um bocadinho no assunto e até me lembrar..., mas desligo completamente.” (E4)

“...geralmente não me envolvo muito emocionalmente, não o posso fazer, eu acho. Protejo-me mais e pronto, uma vez que não tinha viabilidade, nós acreditamos na parte médica, e ficamos sem outra hipótese...” (E6)

As estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros são diversas, desde mecanismos internos como a reflexão individual, o desenvolvimento da espiritualidade e os mecanismos de fuga, até mecanismos externos como a procura de espaços de partilha /reflexão das vivências com familiares, amigos e equipa de saúde, e a aquisição de conhecimentos pela experiência profissional e pesquisa bibliográfica.

Capítulo IV - Discussão dos Resultados

Neste capítulo procuramos proceder à discussão dos dados apresentados no capítulo anterior, de modo a compreender as vivências dos enfermeiros que convivem com a situação de doentes sobre os quais foi tomada uma DNR e articular com ideias de outros autores e estudos realizados.

Para estruturação deste capítulo vamos proceder à discussão dos dados com base nas áreas temáticas que vão de encontro aos objetivos do trabalho.

Sentimentos e reações dos enfermeiros à situação de Decisão de Não Reanimar

A essência deste trabalho reside nas vivências dos enfermeiros face à DNR sendo que uma das áreas temáticas emergentes são os sentimentos experienciados pelos enfermeiros nestas situações.

Os testemunhos dos participantes foram muito ricos, a este nível, permitindo-nos perceber a amálgama de sentimentos que os profissionais de enfermagem experienciam nesta situação, desde a ansiedade, o choro, a tristeza, a revolta, a impotência, a angústia e o desconforto, sendo estes últimos os mais referenciados.

Sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução, de todos os níveis económicos têm emoções e estão atentos às emoções dos outros. As pessoas gerem as suas vidas através da procura da emoção, da felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis(Damásio, 2001).

Ainda de acordo com o mesmo autor, os sentimentos são dirigidos para o interior e pertencem a cada um, as emoções são dirigidas para o exterior e são públicas. Deste modo, os sentimentos têm um impacto completo e duradouro na mente exigindo, portanto, uma consciência.

Quando se cuida de doentes com DNR e como se pode observar no nosso estudo os enfermeiros experimentam, nessa situação, sentimentos, muitas vezes, de ansiedade, tristeza, revolta, impotência, angústia e desconforto tendo, por vezes a reação de chorar. As emoções/sentimentos costumam ser classificadas como positivos ou negativos. Pela análise dos resultados do nosso estudo podemos constatar que os sentimentos manifestados pelos

entrevistados podem ser considerados como negativos.

Chorar ou vontade de chorar foi uma reação manifestada pelos participantes face às decisões que os desagradam. Esta reação é considerada pela CIPE (Classificação Internacional Para A Prática de Enfermagem) como “ações voluntárias ou involuntárias, de lágrimas a soluços, em resposta à dor, ao medo ou ao luto,”(Ordem dos Enfermeiros, 2011) podendo ser entendida como manifestação de receio, medo, dor, raiva, frustração, tristeza, desespero.

No caso do participante que se refere à **tristeza**, esta encontra-se associada à dificuldade em aceitar a morte, pois há enfermeiros que se revêm na situação associando os que são mais velhos aos pais, os que são mais novos aos filhos e à possibilidade de viverem a mesma situação. Também Parece(2010) no estudo realizado no âmbito da dissertação de mestrado “*Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de Medicina*”, observou que o sentimento tristeza está presente nos enfermeiros e que o contacto frequente com a morte influencia as suas práticas.

A **ansiedade** não pode ser observada diretamente, mas a sua presença pode ser inferida apenas pelos comportamentos e reações dos enfermeiros. Neste estudo, as manifestações apresentadas pelos participantes vão de encontro a esta ideia atendendo a que apresentaram taquicardia e a disfagia associada à ansiedade na vivência das situações de DNR.

Também no estudo realizado por Loureiro & Moniz (2011) sobre a ansiedade e atitudes perante a morte numa amostra de enfermeiros caboverdianos, estes apresentavam níveis moderados de ansiedade.

Pelo discurso de alguns participantes podemos constatar também que a **angústia** é uma emoção muito presente nas suas vidas, uma vez que a morte é um acontecimento com o qual convivem com frequência. A angústia está associada a sentimentos de inutilidade, incerteza, nervosismo e ansiedade perante a inevitabilidade da vida. Um participante refere que não deve vivencia-la por ser profissional e pensa que não deve exteriorizar este sentimento mesmo sentindo agonia mental acompanhada de dor ou compressão no peito. Por outro lado, outro participante ficou angustiado com o pensamento do doente face à sua própria situação de doença.

Face à situação de doente crítico com indicação de não reanimar em virtude dos critérios definidos para aquele doente, muitos profissionais sentem-se **impotentes**. Este sentimento advém do facto de possuírem todo o material tecnológico, meios humanos e

materiais disponíveis e não ser possível agir para salvar uma vida alterando o curso natural da mesma, o que vai de encontro à ideia de Oliveira(2006, p. 19), ao referir que “morrer tornou-se indigno, (...). Evita-se partilhar ou abordar sentimentos, especialmente associados a dor. A medicina e as novas tecnologias oferecem-nos maior esperança de aqui viver mas não nos ‘salvam’”. Somos formados para salvar vidas mas deixar fluir o curso natural da vida deixa um sentimento de impotência apesar de significar muitas vezes deixar que a pessoa morra com a sua dignidade. Brêtas, Oliveira, Yamaguti (2006, p. 481) reforçam que os enfermeiros desenvolvem sentimentos de impotência e de culpa aquando da iminência da morte do doente, a quem dedicaram horas de trabalho, pensando muitas vezes que não o cuidaram da melhor forma possível, uma vez que não conseguiram atrasar ou evitar a morte.

Neste contexto, a morte de um doente confronta os profissionais de enfermagem com os limites da sua atuação, e por isso, surgem sentimentos de impotência e inutilidade.

Apesar das situações de morte, fim de vida integrarem o quotidiano profissional dos enfermeiros, ainda é uma realidade difícil de enfrentar, pelo que conduz, por vezes, à adoção de atitudes pouco adequadas no âmbito do cuidar, tais como afastar-se do doente ou, pelo contrário, envolverem-se emocionalmente e de forma muito intensa.

Segundo Antunes(2006, p. 99) os enfermeiros, na sua prática manifestam diversos sentimentos de perda, enquanto privação de alguém de quem se gosta ou simplesmente de uma pessoa, de dor ou de não-aceitação, enquanto incompreensível, revolta e sensação de impotência perante o facto. O profissional que cuida do doente em processo de morte tem medo, por vezes, da sua própria fragilidade perante o sofrimento do outro e medo de se sentir impotente, é o que referem estes participantes, pelo que se pode considerar um desafio cuidar dos doentes nesta fase.

Toda esta situação também se traduz por um sentimento de **revolta** dos participantes pelo desenrolar dos acontecimentos, pelo contexto das decisões e pelo pouco envolvimento dos profissionais de enfermagem no processo de decisão.

Todos estes aspetos podem estar associados a outro sentimento verbalizado pelos participantes- o **desconforto**, ou seja, a DNR em doentes em estado crítico provoca uma situação desconfortável para o profissional de enfermagem.

Como se pode concluir todas estas vivências e experiências são muito difíceis de encarar, no entanto, são muito ricas em termos de relações humanas e experiências, na

medida em que, como nos diz Hennezel(2002, p. 11):

quem tem o privilégio de acompanhar alguém nos seus últimos instantes de vida sabem que estes entram num espaço de tempo mais íntimo. A pessoa, antes de morrer tentará transmitir aos que a acompanham o essencial de si própria. Através de um gesto, de uma palavra, às vezes somente um olhar, tentará dizer o que verdadeiramente conta, o que ela nem sempre pode ou soube dizer.

Os sentimentos manifestados pelos enfermeiros do estudo vão de encontro ao estudo realizado por Parece(2010) no âmbito da dissertação de mestrado *Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de Medicina* em que os enfermeiros também manifestaram sentimentos como a tristeza, a angústia, a ansiedade, a impotência, o desconforto, entre outros, face ao processo de morrer e aos cuidados post mortem. Também Antunes (2006, p. 59) no âmbito de um estudo sobre: “*Vivências da morte – Estudo sobre o nível de ansiedade e os mecanismos utilizados nas situações de morte de um doente*” aponta como resposta dos enfermeiros relativamente aos sentimentos que “no que reporta ao que sente / pensa em termos pessoais, ..., referem-se maioritariamente a sentimentos de tristeza pela perda presente, de impotência perante o inevitável, de frustração”. Também no presente estudo os sentimentos mais manifestados foram a angústia, a impotência e o desconforto dos enfermeiros perante a situação de DNR.

De um modo geral os enfermeiros referiram que todas as situações de DNR os marcaram, reagindo geralmente com sentimentos negativos perante as situações, o que nos faz pensar que os enfermeiros ainda sentem alguma dificuldade em lidar com algumas situações de morte, embora, pelas suas expressões se denote a importância de cuidar do doente e proporcionar o melhor estado biopsicossocial e espiritual.

Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros perante a Decisão de Não Reanimar

As vivências de situação de não reanimar um doente podem ser influenciadas por vários fatores. Estes estão relacionados com os intervenientes – enfermeiro, doente, família -, com a situação e com a dinâmica da equipa multidisciplinar, podendo constituir-se como fatores facilitadores ou dificultadores.

A idade, o prognóstico e o estado de consciência do doente são **fatores relacionados com o doente** e que atuam como influenciadores das vivências dos enfermeiros.

A DNR é vivida nos Hospitais desde o nascimento até ao mais idoso. As doenças terminais, graves e sem cura não se encontram apenas naqueles que já tem uma longa experiência de vida, pois existem recém-nascidos com patologias graves. Lidar com a decisão de não reanimar um recém-nascido, uma criança, um jovem, um adulto ou idoso é difícil para os enfermeiros, isto porque estamos muito vinculados à promoção da vida ao longo do ciclo vital e não tanto ao deixar que a natureza humana assuma o fim de vida, principalmente quando este é precoce.

Este aspeto foi visível no nosso estudo pois os enfermeiros expressaram que a DNR associada a uma pessoa idosa é mais fácil do que quando está associada a um jovem.

Frias (2003) salienta que a idade é um elemento importante na forma como o enfermeiro vivencia o processo de morrer, e que influencia a sua perspetiva e intervenção perante a morte de uma pessoa jovem e a morte de um idoso.

Corroborando com Pacheco, o processo de morte está padronizado na nossa sociedade, uma vez que sempre que a morte se associa a uma pessoa idosa, aos jovens está associado a crescimento, o desenvolvimento do adulto e depois o envelhecimento até à morte podendo “pois, concluir que a aceitação da morte por parte dos enfermeiros está intimamente relacionada com a idade da pessoa que está a morrer”(2006, p. 32).

Quando existe mau prognóstico, ou seja, quando o médico é da opinião que o curso e a duração da doença é desfavorável ao doente, a DNR é tida como um alívio do sofrimento, da agonia para o próprio doente e profissional de saúde. O facto de o doente não ter viabilidade, ou a qualidade de vida está comprometida, representa para os profissionais de saúde uma “desculpa” para aceitar esta decisão.

Segundo Cardim, Rangel, Almeida, & Nascimento, (2004, p. 24), no seu estudo, realizado no Brasil, sobre o relacionamento interpessoal em situação de morte iminente da criança perceberam que lidar com a morte, para os profissionais de enfermagem, é difícil, uma vez que, além de haver uma negação habitual em relação à morte, essa dificuldade é acrescida do facto da formação académica priorizar o curar, o tratar e o prolongar como se o principal objetivo do profissional fosse vencer a morte. Assim, tendo em conta os relatos dos participantes, é mais difícil encarar a DNR num jovem, do que num doente com mau prognóstico ou inconsciente.

Uma pessoa ao tornar-se consciente da doença terminal depreende que agora a vida é limitada. Para os doentes, as perdas que acontecem durante o internamento nos cuidados intensivos, o seu estado geral acompanhado por sofrimento são um processo gradual que os conduzirá à morte. Isto é reconhecido pelos enfermeiros, pelos familiares e pelos próprios doentes pela forma como se relacionem com este de acordo com o seu estado. Para os enfermeiros participantes o cuidar dos pacientes como se estivessem já nos últimos dias de vida, desencadeia sentimentos desagradáveis.

Saraiva(2009, p. 12) acrescenta que a morte de alguns doentes pode ser bem-vinda e bem aceite, uma vez que é encarada como o alívio para a dor, o sofrimento e o mal-estar.

No estudo efetuado chegamos à conclusão que a DNR é mais facilmente aceite pelos profissionais quando estes se tornam conscientes de que aquela pessoa está num sofrimento muito grande, a dor já não é facilmente suportável e os medicamentos analgésicos já não fazem o efeito antiálgico que era esperado, principalmente quando o doente está consciente do seu estado e que não espera muito mais da tecnologia e farmacologia para o alívio do seu sofrimento.

Em síntese, podemos concluir que a DNR é mais fácil de aceitar quando associada a uma pessoa idosa, sem viabilidade ou com a qualidade de vida comprometida ou em doentes inconscientes.

No que diz respeito aos **fatores relacionados com a família** a presença, o envolvimento e as reações perante o processo de morte do familiar doente são fatores que afetam os profissionais. A comunicação da má notícia é proporcionada geralmente pelo médico ficando a intervenção de enfermagem para uma fase posterior de apoio à família.

A família propicia a cada indivíduo, ao longo do seu ciclo de vida, a cooperação necessária para ultrapassar as situações de crise, assim, a família tem um desempenho fundamental na saúde e no processo de doença dos seus membros. Contudo, cada vez mais a morte acontece no Hospital. Na ausência da família é o enfermeiro que ao ser prestador de cuidados acompanha mais de próximo o doente sendo este quem se relaciona mais diretamente com este acontecimento.

Relatando o que a SFAP e Colégio de Cuidados de Enfermagem (1999) nos dizem, a morte acontece de maneiras diferentes, podendo surgir de uma forma abrupta e inesperada, ou por outro lado, como resultado de uma doença grave, prolongada, por vezes

arrastada no tempo. Nas situações de DNR a família vive uma sucessão de perdas ligadas à doença, à desorganização produzida na dinâmica familiar e social, até à perda última: a morte.

Neste contexto, os cuidados de enfermagem que se proporcionam à família passam por um acompanhamento desta durante o internamento, nomeadamente a preparação e o apoio para melhor fazerem o luto. É através desta relação de abertura que os enfermeiros criam laços com o doente que tem DNR e com a sua família. Os profissionais de alguma forma tentam proporcionar momentos do doente com os seus familiares, pois em casa ou no hospital a morte deve continuar a ser um acontecimento familiar.

Corroborando com Pacheco(2002) os profissionais de saúde sabem que os familiares não são pessoas estranhas ao doente, por isso nunca deverão substituir a família naquilo que ela pode fazer uma vez que conhece muito melhor o doente como pessoa, bem como as suas preferências, interesses, preocupações e hábitos, pelo que o envolvimento da família é um aspeto importante a considerar no processo de cuidados.

Atualmente, no nosso país a necessidade de informação ao doente e família é reconhecida como um direito destes e um dever dos profissionais de saúde na sua prática, e que está consagrado na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) e no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 84º, em que o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, e no artigo 87º, respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas. Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.

Partilhar a informação com a família é crucial, na medida em que ao partilhar a informação estamos a transferir o poder que tradicionalmente residia na equipa de saúde para a família, para que o possam usar no seu próprio interesse. Segundo os participantes, do estudo a comunicação da má notícia é da responsabilidade do médico, sendo que o enfermeiro participa na “pós comunicação” à família proporcionando todo o apoio e solidariedade, ajudando-a na preparação do luto. De modo a facilitar esta tarefa, os enfermeiros consideram que deviam participar na comunicação da má notícia para terem conhecimento dos assuntos partilhados com a família.

Da análise dos resultados podemos perceber que os enfermeiros se preocupam em estabelecer contacto e envolver a família/pessoa significativa no processo de cuidados.

Consideram importante oferecer tempo à família para a ajudar a refletir, a prever necessidades, a estimular a procura de recursos e soluções, pois na última fase da vida todos os doentes desejam ter perto de si uma mão amiga que possam apertar, uma companhia que seja familiar, contribuído deste modo para a adaptação a este processo de transição. Neste sentido, manifestaram a importância da comunicação/informação à família envolver a equipa multidisciplinar.

Outro fator que influencia a vivência dos enfermeiros face à DNR está **relacionado com a situação**: a causa que desencadeou a situação, o facto de ser uma decisão discutida ou inesperada e quais os critérios que deveriam ser aplicados, na perspetiva dos enfermeiros, é um campo problemático que de alguma forma interfere nas suas vivências.

Quando a decisão de não reanimar um doente ou decisão para parar com as manobras de reanimação acontece de forma inesperada pode marcar o profissional de enfermagem de forma muito significativa como nos mostram os discursos. Um estudo realizado no Brasil(2003) com a finalidade de determinar quais as situações geradoras de ansiedade, inesperadas e quotidianas, nos enfermeiros do Hospital São Paulo revela que as situações inesperadas são geradoras de ansiedade de nível moderado e alto.

A perceção dos enfermeiros relativamente aos critérios aplicados para a tomada de decisão de não reanimar foi outro aspeto manifestado pelos participantes como influenciadores das suas vivências.

Da análise dos resultados podemos dizer que a causa desencadeadora da situação crítica e consequente DNR, assim como a perceção de que os critérios utilizados para a tomada de decisão foram os adequados funciona como um fator facilitador na vivência da situação. Por sua vez, o facto de ser uma decisão inesperada atua com fator dificultador.

Outro fator, **relacionado com o enfermeiro**, que influencia a aceitação da DNR refere-se à experiência profissional do enfermeiro, uma vez que os enfermeiros mais experientes têm uma bagagem de experiências, competências e maturidade que lhes permitem agir com mais serenidade e à vontade. Benner(2001) refere que nos formamos com o que fazemos, com o que lemos, com o que os outros nos ensinam e também com os nossos próprios erros, pelo que, nesta perspetiva, todos podemos passar de iniciados a peritos.

A essência dos cuidados de enfermagem aos doentes com DNR assenta no cuidar, nos valores altruístas, é o desejo de ajudar, de ser útil, de aliviar o sofrimento. Estas atitudes levam a adquirir aptidões profissionais tornando-se depois, com a experiência em fontes de realização profissional. Segundo Nunes L.(2006, p. 70):

É a vivência destas situações que vai determinar a opção estratégica, os recursos a mobilizar na relação terapêutica,..., num processo de formação permanente. O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros. Procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

O facto de não participar na tomada de decisão causa inquietação nos enfermeiros que pensam que as suas opiniões deveriam ser ouvidas. É dever do enfermeiro trabalhar em articulação e complementaridade com os outros profissionais de saúde, de acordo com o Parecer do Conselho Jurisdicional (CJ) da Ordem dos Enfermeiros - 44/2008 sobre a Ordem para não reanimar, a decisão de não tentar reanimar ou de reanimar um doente terminal deve ser da responsabilidade da equipa de saúde e contar com a participação do enfermeiro.

Também as Guidelines Sobre Suspensão e Abstenção de Tratamentos em Doentes Terminais, 2008, em jeito de conclusão, alertam para que haja uma complementariedade na equipa de saúde uma vez que “ importa entender que a medicina e a enfermagem se desenrolam hoje em equipa multidisciplinar, respeitando as competências específicas de cada profissão, com o objectivo último de melhor servir os doentes e a sociedade”(p. 9).

O facto de desconhecerem os regulamentos existentes no serviço sobre o tema de DNR pode ser entendido como um fator dificultador dessa vivência. Existe na Unidade um Procedimento - Ordens para “ Não Reanimar” e situações de “suspensão de terapêutica”- desde 2003, onde determina que a responsabilidade da decisão é médica salvaguardando que em situações de dúvida a discussão pode ser alargada a outros elementos da equipa, nomeadamente aos enfermeiros. Dos sete enfermeiros entrevistados apenas um referiu que sabia da sua existência e conhecia o documento.

Em síntese, os enfermeiros com mais tempo de experiência profissional vivenciam a situação de DNR de forma mais segura e serena que os outros profissionais, representando este um fator facilitador da vivência. A não participação na tomada de decisão e o défice de conhecimento por parte dos enfermeiros sobre a documentação existente no serviço no

âmbito da DNR podem atuar como fatores dificultadores da vivência de situação de DNR.

Por outro lado, **a dinâmica da equipa**, segundo os entrevistados deve atuar de forma a proporcionar um fim de vida digno, sem dor e sem medidas invasivas desproporcionais. Segundo o Parecer CJ-44/2008, “Proteger e respeitar a dignidade da pessoa é um princípio fundamental da profissão de Enfermagem”(Deodato, p. 1). Do mesmo modo, assume o dever de defender a liberdade a dignidade da pessoa e do enfermeiro, respeitar o direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor (igualdade), participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida e recusar participar em qualquer forma de tratamento cruel, desumano ou degradante.

Os enfermeiros que cuidam de doentes com DNR acolhem o outro, adotam uma relação de tolerância, de calor humano e de autenticidade. Assim, o doente é assistido na satisfação das suas necessidades humanas, no seu conforto, no seu bem-estar e na sua intimidade. Esta opinião é partilhada pelos participantes do estudo que manifestam que todas as pessoas tem direito a morrer com dignidade. Segundo Nunes L. e al. (2006, p. 80) aos enfermeiros compete:

proporcionar acompanhamento e suporte, havendo uma preocupação efetiva em promover a qualidade de vida no tempo de vida que resta, em garantir cuidados básicos e paliativos, com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissional.

Todos os intervenientes no cuidar do doente devem ter conhecimentos e atitudes éticas e legais que protejam a pessoa cuidada nos seus direitos humanos básicos, individualidade e dignidade tendo em conta os recursos existentes, os gastos/benefícios com o doente tendo sempre por base os princípios éticos que orientam a atuação da equipa. “Trabalho em equipa e prática baseada na evidência são, então, a marca genética desta nova ética em cuidados de saúde”(Nunes R. , 2006, p. 36).

Para Gibson(1993) a consequência mais imediata da reanimação, pressupondo que terá êxito, é que a vida do indivíduo é prolongada. No entanto, mais importante que a extensão do tempo de vida é a qualidade dessa nova vida. Por outro lado, ao se adotar a política de reanimar em todas as situações pode-se estar a atuar contra os desejos do indivíduo ou da sua família. Uma vez que os recursos são limitados, o tempo e o custo empregue na reanimação podem ser gastos de forma mais útil. Os entrevistados partilham

da mesma opinião ao questionarem a decisão de reanimar ou não um doente com prognóstico duvidoso em cuidados intensivos.

A decisão de não reanimar outro ser humano, de não fazer tudo o que está ao nosso alcance para prolongar a vida é uma decisão extremamente difícil de tomar. Reconhecemos que o progresso da ciência e a capacidade da medicina atualmente, através de fármacos e aparelhagem sofisticada, tentam manter a morte afastada. Contudo, ao quisermos promover a vida, é possível deixarmos de ver o objetivo original, que é proporcionar o melhor para as pessoas de quem cuidamos. E dá-se o caso de que, em determinadas ocasiões querer o melhor para outra pessoa envolverá a escolha do melhor de dois males, ou seja, chegar à decisão, por mais dolorosa que ela seja de não reanimar (Gibson, 1993). Outro dos aspetos a que os enfermeiros dão importância é aos cuidados que prestam aos doentes, procurando que o conforto, a paz e a tranquilidade sejam uma realidade no processo de doença e morte.

Um participante referiu o encarniçamento terapêutico, também designado por obstinação terapêutica, como uma situação que por vezes acontecia na Unidade. Entendemos por encarniçamento terapêutico a aplicação de tratamentos que, num contexto de doença avançada e irreversível, se podem considerar inúteis ou desproporcionadamente incómodos para o resultado que deles se espera ou até dispendiosos.

Como já foi referido, os enfermeiros entrevistados consideram que deveriam participar na tomada de decisão e que deveria existir uma maior uniformização na aplicação dos critérios pelas equipas. O não envolvimento dos enfermeiros na tomada de decisão de “não reanimar” ou “reanimar” pode gerar nestes profissionais o dilema de ter de optar entre o dever de cumprir a prescrição e o dever de agir salvaguardando o que, em consciência, entendem ser o melhor interesse para a pessoa ao seu cuidado.

Segundo o Parecer CJ- 44/2008:

A decisão de “reanimar” ou “não reanimar” deverá ser uma decisão consensual da equipa de saúde para que todos disponham do mesmo nível de informação. Segundo as boas práticas dos sistemas de informação em saúde, da continuidade de cuidados, deverá estar registada no processo clínico e especificado por escrito a natureza do tratamento ou dos meios terapêuticos a não aplicar ou suspender.

A DNR é sempre uma situação difícil de aceitar assim como a morte. Quando a DNR se encontra associada a mau prognóstico e a doente consciente em sofrimento, ou

seja, se a fase terminal da vida for acompanhada de dor e sofrimento, que através dos meios de que hoje possuímos não pode ser amenizada, a morte é entendida e aceite pelo profissional de enfermagem.

Ao cuidar do doente com DNR o enfermeiro estabelece com ele e sua família uma relação de ajuda, empática, vivenciando com eles um período bastante intenso a nível de sentimentos e de relação humana. A relação que se constrói ao longo do exercício do plano de cuidados vai sendo cada vez maior pelo que se torna cada vez mais difícil de aceitar a DNR e consequente morte do doente. No entanto, o enfermeiro não pode deixar de se envolver com o doente e a sua família nesta fase tão importante da vida.

Os fatores que interferem nas vivências dos enfermeiros perante a DNR podem ser agrupados como facilitadores e dificultadores dessas vivências. Os fatores facilitadores mencionados pelos enfermeiros passam por proporcionar condições para uma morte digna tendo em conta os valores ético-legais que regulamentam as práticas dos profissionais de saúde; É mais fácil aceitar quando associada a uma pessoa idosa, sem viabilidade ou com a qualidade de vida comprometida ou em doentes inconscientes; Oferecer tempo à família para a ajudar a refletir manifestando a importância da comunicação/informação.

Quanto aos fatores dificultadores, a pouca experiência dos enfermeiros, a não participação na tomada de decisão, o défice de conhecimento por parte dos enfermeiros sobre a documentação existente no serviço no âmbito da DNR, a falta de uniformidade nos critérios de atuação da equipa quanto à tomada de decisão e o não envolvimento da equipa multidisciplinar na decisão representam fatores que interferem pela negativa.

Implicações das vivências de Decisão de Não Reanimar na vida dos enfermeiros

Lidar com doentes em estado crítico e com as suas famílias é uma prática do quotidiano dos enfermeiros de Cuidados Intensivos que exige novas competências e intervenções renovadas.

Como sabemos, é o enfermeiro quem acompanha mais de perto e de forma contínua a última fase da vida do doente com DNR e a família, e, assim como o doente faz todo um percurso inerente à proximidade da morte, também o enfermeiro percorre um caminho onde experimenta diversas sensações e sentimentos. Ao tentar entender o doente numa fase

tão difícil, o enfermeiro confronta-se muitas vezes com a imagem da sua própria morte ou de pessoas significativas.

Neste contexto, e segundo Xavier(1999) a atitude que cada um tem perante a morte é condicionada por um conjunto de pressupostos que orientam a sua prática, o seu modo de amar, de acompanhar. Assim, o modo de acompanhar a pessoa com DNR e de cuidar dela é influenciado pela representação que se tem do ser humano, da vida e da morte. Verificamos que um dos maiores desafios que se colocam aos enfermeiros tanto a nível pessoal como profissional é o cuidar de doentes em estado crítico e em fase terminal com DNR.

Serra e outros, citado por Oliveira & Simões(2000, p. 37) consideram que “ a forma como cada profissional encara esta situação depende da sua estabilidade emocional, da sua atitude face à morte e à doença, e das suas próprias experiências prévias.”

Relativamente às implicações das vivências de DNR na vida dos enfermeiros, estas ocorrem a nível pessoal e profissional.

Alguns participantes verbalizam que, **a nível pessoal**, face às vivências que experienciam no local de trabalho alteraram a forma de vivenciar a morte, evoluindo como pessoa mas também com mais receio da vida.

A par das implicações que tem o assistir de perto à degradação da pessoa em estado crítico em fase terminal, os enfermeiros vivem o processo de morrer daquela pessoa de uma forma tão íntima que por vezes têm dificuldade em lidar com aquele doente, pela carga que o fim de vida produz numa vida. A par destas dificuldades o enfermeiro também tem medo de sofrer, a sua relação tão próxima com quem vai morrendo é devastadora para o seu ser, é verdade que favorece o seu crescimento enquanto pessoa, mas transporta sofrimento e ninguém gosta de sofrer, o medo da morte e da sua própria morte está intimamente relacionado com o seu medo de sofrer obrigando a repensar o sentido da vida e a considerar com outros olhos a sua hierarquia de valores.

No plano emocional, vivem constantemente momentos muito intensos, o sofrimento físico e emocional dos doentes, a angústia das suas famílias, o desaparecimento de um doente ao qual se tinham afeiçoado, atingem muitas vezes no mais fundo do ser. É notório que o medo do doente agita os enfermeiros, ativando os seus próprios medos, e aí apresentam-se a dor, o sofrimento, a ameaça, a impotência diante da morte, que vão para além da pessoa do doente, contagiando toda a equipa de cuidados.

Trabalhar com a proximidade da morte permite que os enfermeiros tenham um

crescimento pessoal importante, mas que apenas se faz de forma saudável se tiverem consciência que também precisam cuidar de si próprios para que consigam cuidar dos outros e sentirem-se emocionalmente equilibrados e motivados para trabalhar com doentes com DNR em cuidados intensivos.

Relativamente às implicações **a nível profissional**, estas acontecem no âmbito da intervenção, pois expressam a necessidade de reorientar o foco de atenção no cuidar. A gestão das emoções é outra vertente que os enfermeiros procuram desenvolver, de modo a que as emoções negativas interfiram o menos possível na sua conduta profissional.

Muitas vezes os enfermeiros sentem dificuldades na capacidade para enfrentar a morte, a formação académica constitui um suporte que pode permitir uma intervenção eficaz, bem como o desenvolvimento de ferramentas facilitadoras de acompanhamento do doente na altura da morte. No entanto, ao longo da atividade profissional, as vivências que a mesma proporciona, e a necessidade de procura de soluções para as inquietações que vão surgindo faz com que a atuação do enfermeiro contribua para alterações na sua forma de ser e atuar perante novas situações, dando mais ênfase ao conforto, à qualidade dos cuidados prestados, à dignidade da pessoa, ao envolvimento familiar, entre outros. Segundo Renaud(2006, p. 75):

uma das características mais profundas da mente humana reside na capacidade de integrar conscientemente o passado no presente e de projectar o presente no futuro; mas, também, acrescentar-se-á, justamente, a capacidade de interpretar o presente à luz do passado e de antecipar o futuro no presente.

Segundo Watson(2002a), tendo em conta os fatores cuidativos, na provisão de um ambiente de suporte, protetor e corretor mental, físico, socio-cultural e espiritual, a influência do ambiente externo, engloba a importância do conforto, da privacidade e da segurança de atividades que visem a proteção, correção e auxílio desse mesmo ambiente face ao doente e de um ambiente (interno/externo) limpo e estético, que nunca deverão ser descuidados, uma vez que estão intimamente ligados à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estar perto de alguém que vai morrer, acompanhar a pessoa neste momento da sua vida e apoiar a sua família, são tarefas complicadas para quem não está preparado para assistir ao sofrimento humano, em todas as dimensões que ocupa. Lidar com o sofrimento do outro é emocionalmente difícil.

Dum modo geral, os enfermeiros manifestam que têm muita dificuldade em lidar

com a morte e gerir as suas emoções perante as situações do quotidiano que envolvam o fim de vida. Para um melhor acompanhamento por parte destes profissionais há que saber lidar com as emoções, próprias e dos outros, de modo a que sintam e transmitam segurança para encarar o sofrimento e a morte.

Podemos então dizer que as vivências de DNR têm implicações na vida dos enfermeiros a nível pessoal e profissional. A nível pessoal essas vivências alteraram a forma de ver a morte, encarando-a com mais serenidade embora mais alerta para os acontecimentos do quotidiano. A nível profissional os enfermeiros com as vivências de DNR passaram a dar mais ênfase no cuidar do doente crítico em fase terminal, aos cuidados de conforto, tendo em conta a dignidade e a diminuição do sofrimento do doente. Por outro lado, procuram uma gestão de emoções mais eficaz para que estas não influenciem negativamente a sua conduta pessoal e profissional.

Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente

Partilhar as vivências com os colegas constitui uma forma de suporte durante a experiência da morte, da DNR. A **promoção de momentos de partilha/reflexão das vivências**, quer seja com a família e amigos ou com a equipa de saúde é uma estratégia encontrada pelos participantes para melhor lidar com a vivência de DNR.

O enfermeiro perante o doente com DNR é confrontado com os seus sentimentos em relação à morte e ao processo de morrer. Este facto vai propiciar o aparecimento de respostas de *stress* relacionadas com a dificuldade em lidar com a morte. Por isso, é crucial que também o enfermeiro tenha ajuda e apoio para lidar com as suas próprias dificuldades e sentimentos.

Marques, citado por Gomes(1995, p. 32) recomenda que os enfermeiros partilhem “os seus sentimentos pessoais com colegas, o que lhes permitirá, por um lado aprender que tais sentimentos são uma consequência normal de trabalhar com doentes graves e, por outro lado, receber feedback construtivo para lidar com o *stress*”. Neste sentido, também se revela importante estar integrado numa equipa de prestação de cuidados que seja capaz de servir de suporte ao *stress* a que os profissionais de saúde estão sujeitos, lidando frequentemente com estes processos de lutos constantes e perdas de relações.

Também(Nunes, Amaral, Gonçalves, & Deodato, 2006, p. 83) são da opinião que os enfermeiros devem ter momentos de reflexão no seio da equipa, pois “tendo o enfermeiro o dever de trabalhar em “articulação e complementaridade” com os outros profissionais, realça-se a importância dos processos de formação, de reflexão e debate no seio das equipas que prestam cuidados no decurso do processo de morte”.

Ferraz e Simões (2002), ambas enfermeiras numa unidade de cuidados paliativos, em diálogos informais estabelecidos entre os elementos da equipa de enfermagem, também constataram a necessidade sentida pelos profissionais de partilhar experiências relacionadas com a convivência quase diária com doentes em fase terminal, sua família e com a morte. Destas necessidades fazem parte a verbalização de sentimentos, dúvidas e medos, discussões sobre atitudes possíveis a tomar, necessidades de uniformizar os cuidados a prestar.

Para a SFAP e Colégio de Cuidados de enfermagem(1999) é essencial o enfermeiro solicitar e recorrer ao suporte informal dos colegas próximos para partilhar as dificuldades sentidas e as fontes de prazer no trabalho e conseguir formular a necessidade de ajuda momentânea (para enfrentar uma situação complexa, partilhar o peso emocional).

Também os enfermeiros que participaram no nosso estudo referiram que partilham as vivências e os sentimentos com os colegas e amigos, e mesmo com a sua família, constituindo uma forma de suporte para ultrapassar as dificuldades emocionais durante a experiência da morte.

Outra estratégia utilizada pelos participantes no estudo prende-se com a **adquisição de conhecimentos** quer pela experiência profissional e pela pesquisa bibliográfica.

A informação e a formação acompanham-nos toda uma vida, desde que iniciamos os nossos estudos, de modo a enriquecer o nosso conhecimento. Este é um aspeto fundamental na atuação do enfermeiro junto do doente com DNR que pode condicionar o comportamento, as atitudes e as atuações junto do doente com esta decisão.

Embora na atualidade já se verifique uma maior preocupação em direcionar a formação para um modelo centrado no cuidar, a tónica no tratar ainda é bastante acentuada, estando ainda direcionada para o tratamento, para a doença. Para a SFAP e Colégio de Cuidados de Enfermagem(1999) os enfermeiros que exercem a sua arte junto de pessoas com doença incurável, não podem contentar-se em ficar apenas com aquilo que aprenderam na formação base, devem regularmente atualizar as suas práticas e os seus

conhecimentos, pois os cuidados ao doente terminal estão em constante evolução. Esta formação complementar pode ser efetuada através de um confronto de ideias e práticas pela experiência profissional e pela pesquisa bibliográfica permitindo um aporte de conhecimentos técnicos, científicos e concetuais, tal como referiram os participantes do estudo. A formação permite também a cada um desenvolver a sua capacidade de escuta e de tolerância, qualidades indispensáveis na abordagem dos doentes, dos que lhe são próximos e dos outros intervenientes.

Os enfermeiros que cuidam de doentes críticos em fase terminal devem ter confiança em si mesmos e na capacidade para ultrapassarem as suas próprias preocupações, necessidades e desejos a fim de se concentrarem nos problemas dos doentes, conscientes do desgaste físico e emocional que isso implica que só se consegue ultrapassar com maturidade pessoal e profissional adquirida através da experiência e da formação.

Outra estratégia desenvolvida diz respeito à **reflexão individual** sobre os cuidados, como forma de se adaptarem a outras situações semelhantes.

A morte é sem dúvida um acontecimento muito desgastante emocionalmente no quotidiano da vida hospitalar. O enfermeiro é o profissional que mais direta e instantaneamente sofre e sente quando morre algum dos seus doentes.

Cada dia de trabalho é um dia de novas experiências para os enfermeiros, é um dia de aprendizagem e um dia de crescimento e de maior maturidade. É este crescimento feito individualmente que vai favorecer a prática futura. Deste modo, todos os cuidados que são prestados ao doente em fim de vida e sua família são prestados na base da relação de ajuda e empatia, tendo em conta a satisfação das necessidades de ambos. É com este crescimento que o enfermeiro consegue cuidar de forma mais efetiva.

Cruz e Amaral(2001) ao inquirirem 182 enfermeiros acerca da opinião sobre os cuidados às pessoas doentes em fim de vida, durante a realização de um Simpósio de Enfermagem sobre Cuidados Paliativos, concluíram que a maioria dos enfermeiros (87%) refere que estas pessoas não são atendidas com a devida dignidade. Perante esta conclusão, os autores apontam para a necessidade de reflexão sobre os cuidados prestados às pessoas em fim de vida e respetivas famílias, para a dignidade com que são cuidados, e quais os fatores que influenciam esse atendimento menos digno.

Para Watson (2002a) o desenvolvimento da sensibilidade para consigo próprio e para com os outros, sendo um dos dez fatores cuidativos, faz-se quando os enfermeiros se

esforçam por aumentar a sua sensibilidade, a sua autenticidade, o que reforça o seu crescimento e respetiva realização pessoal. Aos enfermeiros é-lhes quase como exigido um equilíbrio físico e emocional de forma a serem eficazes e eficientes, sem no entanto abdicarem de serem pessoas. Esta ideia contraria aquela imagem, de que realmente o enfermeiro deve deixar fora do hospital os seus problemas, sentimentos, pois como qualquer pessoa possui sentimentos, que devem ser valorizados e não mantidos no esquecimento.

Também os participantes do nosso estudo referem a necessidade que tem em refletir sobre a conduta pessoal, as atitudes, reverem-se na situação que levou o doente a uma DNR, na importância dos cuidados de conforto ao doente em fim de vida e na sensibilidade em relação ao doente e família.

Vivemos numa sociedade em que a religião e a espiritualidade tendem a ser afastadas das situações que lhes eram características. Os enfermeiros, como produto desta sociedade são, sem dúvida, influenciados pelo meio que os circunda, pelo meio onde foram educados, em todos os sentidos, nomeadamente na religião e na espiritualidade. Deste modo, a religião e a espiritualidade podem influenciar na sua atitude e atuação perante a morte e o processo de morrer.

O **desenvolvimento da espiritualidade** é uma estratégia referida no nosso estudo, que apesar de ser referida apenas por um participante, é um facto a ter em conta, na medida em que quer para o enfermeiro, quer para o doente a espiritualidade pode ter uma função apaziguadora e de aceitação da situação de doença e de morte iminente.

Para Frias(2001) apesar de a espiritualidade ser vivenciada por todas as pessoas, cada um só toma consciência da própria espiritualidade ou da necessidade de apoio espiritual quando confrontada com uma situação de crise existencial, quando perde a esperança de viver, ou quando sabe ou pressente que está prestes a morrer.

Daniel e Stoter citados por Frias(2001) referem que os enfermeiros têm dificuldade em assistir as pessoas que necessitam de cuidados espirituais e quando estes se tornam imperiosos, há alguma dificuldade em chamar a si a responsabilidade de uma assistência espiritual, delegando-a nos líderes religiosos.

Neste contexto, a mesma autora refere que um dos passos para o enfermeiro tomar a seu cargo as necessidades espirituais do doente terminal, será clarificar as suas próprias noções acerca desta necessidade e simultaneamente tomar consciência da sua própria

dimensão espiritual. Na situação da fase terminal da vida, as necessidades espirituais dos doentes podem ser melhor identificadas e satisfeitas se efetivamente o enfermeiro satisfaz as suas próprias necessidades relativamente ao princípio da vida que faz parte de todo o ser vivo.

Através do depoimento que obtivemos, ficamos com a percepção que a espiritualidade vai influenciar a forma como os enfermeiros atuam em situações de doentes com DNR e de como as ultrapassam. A espiritualidade é um facto que está sempre presente quando o enfermeiro cuida de um doente em fase terminal, pois a morte com todo o seu mistério reporta-nos para uma dimensão espiritual, seja religiosa ou não.

Por vezes os enfermeiros distanciam-se do doente para não vivenciar de forma tão intensa a perspectiva da sua perda, utilizando **mecanismos de fuga** para colmatar esta dificuldade. As atitudes de proteção emocional emergem sem os profissionais se darem conta que estão a favorecer um clima impessoal e pouco humanizante.

Perante o contínuo avançar da doença e a degradação progressiva, o enfermeiro constata que o seu saber é vencido, a sua destreza e a sua técnica já não são tão necessárias, no entanto, existe ainda outra parte do ser enfermeiro que, para estes doentes pode ser a mais importante, a parte humanista. Se o enfermeiro não se sente preparado para este fenómeno sente uma tentação inconsciente de fuga, de não pensar no fenómeno morte, ausentar-se da presença daquele que por ser um moribundo ainda tem vida e necessita de cuidados.

Também Parece na sua dissertação de mestrado “*Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem* em unidades de Medicina” (2010), se refere ao evitamento e distanciamento como estratégias de adaptação utilizadas pelo enfermeiro para lidar com a morte.

Outro estudo, realizado numa UCI, no Brasil, por Shimizu “*Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer*”(2007), mostra que os enfermeiros face ao processo de morrer sofrem intensamente e que como estratégias e mecanismos de defesa utilizam a negação, a criação de rotinas e o afastamento.

Alguns participantes evitam pensar no assunto como mecanismo de defesa, e utilizam-no de modo a evitar sentimentos indesejáveis acerca da morte. O não envolvimento emocional nas situações é outra estratégia utilizada pelos participantes.

As estratégias que o enfermeiro adota para lidar com esta situação, são muito

relevantes em todo este processo, e colocam em evidência a promoção de momentos de reflexão/partilha das vivências, o valor dos saberes inscritos na ação pela aquisição de conhecimentos, o valor da experiência e da prática reflexiva, o desenvolvimento da espiritualidade. Os mecanismos de fuga são também utilizados pelos enfermeiros como medida para enfrentar o sofrimento causado pela vivência da situação de não reanimar um doente.

Capítulo V - Conclusões e Perspetivas Futuras

Este é um estudo sobre os cuidados prestados aos doentes, bem como, a percepção daquilo que o enfermeiro vivencia face à situação de decisão de não reanimar um doente em cuidados intensivos.

Sendo a nossa principal finalidade compreender as vivências dos enfermeiros face à Decisão de Não Reanimar um doente em Cuidados Intensivos, apresentaremos as nossas conclusões, dirigindo-nos em primeiro lugar para o fenómeno estudado, limitações do estudo e os resultados da pesquisa, seguindo-se os contributos a nível pessoal, para a profissão e para a disciplina de enfermagem.

Cuidar, prestar cuidados ou tomar conta, é acima de tudo um ato de vida, na medida em que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter ou sustentar a vida, permitindo-lhe continuar e reproduzir-se. No entanto, o cuidar é um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a gente que, temporária ou definitivamente tem necessidades de ajuda para assumir as suas necessidades vitais(Colliére, 1999).

Segundo Watson(2002a) a enfermagem é a ciência e a arte de cuidar. Assim, a enfermagem faz do cuidar a sua função fundamental, a razão que justifica todas as atividades e tarefas, sendo o objetivo da profissão “o ser humano”, mas o ser humano como ser único e irrepetível, portador de vivências próprias, ou seja, como um ser biopsicossocial e espiritual com as suas próprias necessidades, crenças e valores.

Cuidar de um doente com DNR é cuidar de um ser humano numa situação especial: a fase final da sua vida. Mais do que técnicas e procedimentos, o doente com DNR necessita que o enfermeiro dê ênfase à arte do cuidar.

Com as tecnologias avançadas que a medicina dispõe atualmente, quer a nível terapêutica quer a nível de suporte de vida por meios técnicos, como a ventilação mecânica, mesmo após uma paragem cardiorespiratória, é possível por vezes, prolongar por mais algumas horas, ou dias, a vida de um doente. Os atuais conhecimentos e meios que a medicina intensiva dispõe, permitem de facto e em muitos casos, retardar a morte, mas nem sempre consegue promover uma verdadeira qualidade de vida tendo em conta a perspetiva holística da Pessoa. Esta é uma realidade que se vivencia com muita frequência no ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos.

Perante a hospitalização em cuidados intensivos, os enfermeiros são confrontados com doentes em estado crítico, que necessitam de uma contínua supervisão e monitorização da parte de pessoal especialmente preparado, possuindo formação que permite prestar atenção às variáveis fisiológicas e psicológicas do doente. Para o efeito, dispõem de sofisticados recursos que o auxiliam nesse cuidado. A enfermagem de cuidados intensivos só se organizou nesta área há menos de 40 anos, resultando um crescente reconhecimento da importância desta na monitorização e observação dos doentes em estado crítico (Urden, Stacy, & Lough, 2008).

Vale a pena refletir sobre a temática do fim da vida humana, pois consideramos que a morte foi afastada para as quatro paredes de um hospital, acontecendo num ambiente despersonalizado e muitas das vezes solitário. Diariamente, nos nossos hospitais, os enfermeiros são confrontados com este tipo de situação, em que os doentes têm indicação de DNR. É uma situação comum, que pode ocorrer em qualquer serviço, podendo abranger qualquer fase do ciclo da vida.

As várias atuações dos profissionais de saúde junto dos doentes com DNR, quer se tratem de idosos, crianças ou jovens, apresentam questões comuns. No nosso entusiasmo de promover a vida, é possível deixarmos de ver o objetivo original, que é de proporcionar o melhor para as pessoas de quem cuidamos. E dá-se o caso de que, em determinadas ocasiões querer o melhor para outra pessoa envolverá a escolha do melhor de dois males, ou seja, chegar à decisão, por mais dolorosa que ela seja, de não reanimar. A aplicação dos princípios éticos deve estar presente nas decisões que se tomam e serem entendidos como as orientações fundamentais para determinar os procedimentos corretos. A prática de enfermagem estando também legislada, obrigatoriamente tem que respeitar os direitos já enunciados não só a nível jurídico mas também moral e ética de um grupo profissional de pessoas que presta cuidados a/e com outras pessoas.

As dificuldades encontradas, nomeadamente, a nossa pouca experiência no domínio da investigação, o fator tempo os meios de que dispúnhamos e as surpresas com as quais nos fomos deparando ao longo do caminho, revelaram-nos que a realização de um projeto deste tipo traz consigo uma série de fatores, capazes de transformar o percurso e reconstruí-lo de forma evolutiva.

A partir das vivências dos enfermeiros, compreendemos que a decisão de não

reanimar um doente constitui um fenómeno denso e complexo. Estamos, pois, cientes de que as vivências dos participantes refletem a realidade vivida por um grupo de enfermeiros que constituíram a nossa amostra, pelo que as considerações que descortinámos na análise dos seus discursos, não podem ser generalizáveis.

No entanto, tratando-se de um estudo qualitativo, tentamos perceber uma possível realidade de acordo com a individualidade inerente a cada um dos entrevistados. Esta perspetiva é inerente ao método de pesquisa descritivo e indutivo, com a finalidade de investigar e descrever todo o fenómeno, incluindo a experiência humana de forma a torná-la compreensível. Tendo características fenomenológicas, tentamos descrever as perceções dos enfermeiros, sendo os depoimentos que obtivemos bastante significativos, ricos em conteúdo, livres de desvios por parte dos entrevistados pois trata-se de verdadeiros testemunhos vividos e sentidos permitiram-nos obter as seguintes conclusões.

As situações de DNR vividas pelos participantes no âmbito da sua intervenção em contexto de cuidados intensivos despoletaram de um modo geral, sentimentos negativos, nomeadamente sentimentos de ansiedade, tristeza, revolta, impotência, angústia e desconforto.

Tal como a morte, também a DNR parece ser uma experiência/vivência difícil de aceitar e vivenciar. Perante as situações de DNR vivenciadas pelos enfermeiros são vários os sentimentos e reações referidos por estes parecendo não ser fácil lidarem com os doentes com DNR, ou seja, com um fim de vida que termina à sua frente, sem poderem recorrer os conhecimentos teórico-práticos, bem como a todos os avanços tecnológicos que a ciência oferece na atualidade, no sentido de preservar/prolongar a vida.

A manifestação de sentimentos e reações como a ansiedade, o chorar, a tristeza, a revolta, a impotência, a angústia e o desconforto perante a situação de DNR faz-nos pensar que os enfermeiros ainda sentem alguma dificuldade em lidar com algumas situações de morte, embora, pelas suas expressões se denote a importância de cuidar do doente e proporcionar o melhor estado biopsicossocial e espiritual.

Perante as situações de DNR existem aspetos que influenciam a vivência da situação pelos profissionais de enfermagem e estão relacionados com os intervenientes – enfermeiro, doente, família; com a situação e com a dinâmica da equipa multidisciplinar, podendo constituir-se como fatores facilitadores ou dificultadores.

Os fatores facilitadores mencionados pelos enfermeiros passam por proporcionar condições para uma morte digna tendo em conta os valores ético-legais que regulamentam as práticas dos profissionais de saúde. Na perspetiva destes é mais fácil aceitar a morte quando associada a uma pessoa idosa, sem viabilidade ou com a qualidade de vida comprometida ou em doentes inconscientes e quando é possível oferecer tempo à família para a ajudar a refletir e condições para uma comunicação /informação adequada.

Quanto aos fatores dificultadores, a pouca experiência dos enfermeiros, a não participação na tomada de decisão, o défice de conhecimento por parte dos enfermeiros sobre a documentação existente no serviço no âmbito da DNR, a falta de uniformidade nos critérios de atuação da equipa quanto à tomada de decisão e o não envolvimento da equipa multidisciplinar na decisão representam fatores que interferem pela negativa.

Ao longo das várias entrevistas fomos-nos deparando com vários fatores influentes na aceitação da DNR. Sendo o enfermeiro o profissional de saúde que passa mais tempo com o doente, para ele, esta vivência torna-se mais problemática pois existem longos períodos em que se cuida de um doente estabelecendo-se uma relação empática com este e sua família.

Podemos concluir que a DNR é mais fácil de aceitar quando associada a uma pessoa idosa, sem viabilidade ou com a qualidade de vida comprometida ou a doentes conscientes ou com mau prognóstico. É mais fácil aceitar a DNR num doente em coma que num doente consciente e que ainda conserva alguma vida de relação.

O enfermeiro procura proporcionar o maior contato possível entre os familiares e o doente com DNR, envolvendo-os nos cuidados. Por outro lado, é essencial satisfazer a necessidade dos familiares, dar mais informação quer esta seja geral para complementar conhecimentos ou informações anteriores, ou mais específica, nomeadamente sobre cuidados prestados ou técnicas e procedimentos utilizados.

Os enfermeiros manifestaram que gostariam de participar na comunicação da má notícia para que todos os intervenientes no processo de cuidar falassem uma linguagem comum, tendo conhecimento sobre os assuntos partilhados para poderem proporcionar uma melhor preparação do luto por parte da família.

O diagnóstico/prognóstico do doente, a situação que desencadeou a situação e a perceção que os enfermeiros tiveram acerca dos critérios utilizados para a tomada de decisão de DNR são fatores referidos pelos enfermeiros como condicionadores das experiências vivenciadas por este grupo profissional. Como manifestaram os enfermeiros

entrevistados, os doentes que têm DNR estão numa fase final de vida em que os recursos terapêuticos e as manobras invasivas já não têm efeito curativo, mas sim o prolongar do sofrimento e da dor. Estes doentes necessitam de amor, de compreensão, de tempo, de cuidados globais a todas as necessidades que se encontrem afetadas.

Por outro lado, os enfermeiros com pouca experiência profissional sentem uma maior dificuldade em lidar com este tipo de decisão. Falta-lhes os mecanismos que permitem ultrapassar esta situação de uma forma saudável, que vêm a adquirir com o tempo. Relativamente à não participação na tomada de decisão e o défice de conhecimento, por parte dos enfermeiros, sobre a documentação existente no serviço no âmbito da DNR podem atuar como fatores dificultadores da vivência de situação de DNR.

O objetivo da equipa de saúde deve ser a qualidade dos cuidados prestados ao doente e todos devem trabalhar em sintonia para atingir este objetivo. Proporcionar uma morte digna, com base em princípios éticos e deontológicas, utilizando critérios válidos e legais é um dever dos intervenientes na tomada de decisão de não reanimar um doente. O uso apropriado da DNR poderá prevenir o sofrimento de muitos doentes. É importante relembrar que esta decisão não deverá ser tomada exclusivamente com base na idade do doente, sua patologia ou ainda condições socioeconómicas.

As vivências de DNR têm implicações na vida dos enfermeiros a nível pessoal, nomeadamente no foco de atenção do cuidar e na gestão das emoções e a nível profissional na forma de vivenciar a morte, tendo outro olhar sobre a vida.

Estas vivências traduzidas pelos sentimentos e fatores que interferem na vivência destas experiências afetam a vida dos enfermeiros tanto a nível pessoal como profissional. Os enfermeiros com este *continuum* de experiências passam a vivenciar a morte de uma forma diferente, mais pensada, passando a olhar a vida com mais respeito e valorização de todas as experiências. Também a nível profissional as implicações se fizeram sentir, focalizando mais a atenção nas intervenções de enfermagem e aumentando a capacidade de controlo das emoções perante as situações.

A nível pessoal essas vivências alteraram a forma de ver a morte, encarando-a com mais serenidade embora mais alerta para os acontecimentos do dia-a-dia. A nível profissional os enfermeiros com as vivências de DNR passaram a dar mais ênfase no cuidar do doente crítico em fase terminal, aos cuidados de conforto, tendo em conta a dignidade e a diminuição do sofrimento do doente. Por outro lado, procuram uma gestão de emoções mais eficaz para

que estas não influenciem negativamente a sua conduta pessoal e profissional.

Perante as vivências de DNR os enfermeiros desenvolvem estratégias para lidar com a situação desde a promoção de momentos de partilha/reflexão das vivências, aquisição de conhecimentos, reflexão individual, desenvolvimento da espiritualidade e mecanismos de fuga.

A promoção de momentos de partilha e reflexão das vivências com os familiares e amigos ou mesmo no seio da equipa de enfermagem representa um espaço único para esta partilha. A inter-ajuda das pessoas mais significativas são um pilar para a compreensão destas vivências e uma ajuda importante para dar o passo em frente.

Também a experiência profissional e a pesquisa bibliográfica são formas desenvolvidas a nível pessoal pelos enfermeiros permitindo adquirir mais conhecimento, fundamental para a compreensão e fundamentação destas mesmas vivências. Refletir sobre esta problemática, ou evitar pensar sobre o assunto, apesar de atitudes opostas, são também mecanismos válidos utilizados pelos profissionais de enfermagem para chegarem à compreensão das vivências. Por outro lado o desenvolvimento da espiritualidade promove uma maior serenidade na abordagem ao doente com DNR e também é utilizado pelos enfermeiros.

Estamos cientes da forte aprendizagem que resultou da realização deste estudo e do facto de que essa aprendizagem não se confina apenas aos limites do trabalho aqui apresentado.

Sentimos que enriquecemos fortemente a nossa experiência, quer através da relação que estabelecemos com os participantes, quer através da nossa partilha pessoal. Mais do que uma aprendizagem académica, esta pesquisa constituiu para nós, uma aprendizagem de vida. Das vivências dos enfermeiros que fomos conhecendo ao longo deste percurso, reconhecemos as nossas próprias vivências, principalmente agora com o nosso exercício profissional num serviço de Medicina. Aprendemos que a persistência e a vontade de continuar a caminhar rumo a um objetivo, devem constituir os incentivos fundamentais, mesmo nos momentos em que nos sentimos impelidos a desistir daquilo em que acreditamos. Só assim poderemos ver o nascer de novos rumos.

Consideramos que com a realização deste estudo ocorreram algumas transformações significativas e que se tornaram visíveis quer em nós, quer nas pessoas que

participaram na sua consecução. Considerámos ainda, que os resultados obtidos nos permitem apontaram algumas sugestões para a profissão e disciplina de enfermagem, para a formação e para a investigação.

No que a nós diz respeito, torna-se irrefutável que, com a concretização deste trabalho, a nossa forma de olhar a profissão, na sua vertente prática e na sua vertente pedagógica, é agora, provida de uma maior consciência connosco próprios e com os outros, que se coloca na busca da excelência cuidativa. Também em termos pessoais as transformações são evidentes adquirindo uma nova consciência do esforço, da dificuldade e do dispêndio de forças e meios que são necessários para tornar possível uma pesquisa desta natureza.

Os enfermeiros, que gentilmente participaram connosco nesta pesquisa, manifestam que o processo de consciencialização a que foram submetidos, através das descrições da experiência vivida, constituiu um fator desencadeante de uma nova atitude profissional. A recordação de factos significativos proporcionou-lhes a oportunidade de realizarem uma reciclagem dos seus próprios conceitos e práticas, em benefício de uma nova visão e de uma nova atitude perante o doente crítico com decisão de não reanimar.

Durante o decurso das entrevistas pôde-se perceber a importância de propiciar aos enfermeiros um espaço para entrar em contacto com os sentimentos evocados pelo quotidiano de dor, perdas, morte e separações. Prevaleceu a impressão de que, para alguns dos profissionais entrevistados, a entrevista pôde ser um momento único no sentido de possibilitar o contacto com questões e sentimentos antes não verbalizados.

Este estudo permitiu-nos ainda apontar algumas sugestões, nos diferentes âmbitos da prestação de cuidados, do ensino e da pesquisa.

Refletir sobre as atividades de cuidar, no decurso da prática profissional em geral e no doente crítico com DNR em particular, é uma atitude que se torna cada vez mais premente, pois é a partir dessa reflexão que a excelência profissional e qualidade dos cuidados podem ser alcançadas.

Os resultados revelam a necessidade de criar espaços de reflexão e partilha das vivências dos enfermeiros, onde os profissionais possam partilhar e refletir sobre os sentimentos e reações face ao doente com DNR. Pensamos ser importante o serviço promover estes momentos, tendo em conta que a reflexão e a partilha de ideias e

experiências podem ser de grande utilidade para a compreensão das vivências, reflexão sobre as práticas ajudando-os a prepararem-se melhor para lidar com o processo de morrer tornando-o mais humanizado.

Destacamos ainda a importância de estimular toda a equipa multidisciplinar envolvida na prestação de cuidados diretos aos doentes, para participar desses espaços, pois podem ser promotores da discussão sobre as suas vivências, relacionadas com a DNR e o morrer, e do desenvolvimento de estratégias que ajudem os profissionais a lidar e a intervir da forma adequada nestas situações.

Com este trabalho conseguimos perceber que tanto a decisão de não reanimar como o aceitar a mesma como sendo o melhor para o doente, é um longo caminho a percorrer, por vezes, deprimente e doloroso, noutros momentos de crescimento profissional e pessoal.

Por seu lado, os enfermeiros do serviço devem ser orientados para uma consciencialização de busca de conhecimentos e atualizações contínuas. A formação contínua a nível pessoal/profissional ou no seio do grupo de trabalho é uma forma de refletir sobre as práticas e deve ser estimulada para que possam compreender e lidar com os seus próprios sentimentos ao cuidarem de doentes que se encontram nessa fase da vida.

Por outro lado, **no plano da formação**, é essencial que a nível do ensino da enfermagem se direcione, ainda mais, a formação para a dimensão humana das relações interpessoais, enfatizando os cuidados no processo de morrer, aprendendo a lidar com a morte e dando maior ênfase ao respeito pela dignidade da pessoa humana.

Pretendemos com este estudo abrir caminhos para **novas pesquisas** nesta área. Na área das vivências, não só dos enfermeiros, mas de todos os profissionais de saúde a exercer a sua atividade numa UCI, contextos que pelas suas características, por vezes a técnica parece prevalecer à humanização, do cuidar do doente crítico com DNR.

Referências Bibliográficas

- Direção Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos- Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa, Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). *Ordem dos Enfermeiros - Estatutos*. Lisboa.
- Amado, J. d. (Novembro de 2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência n.º 5*, pp. 53-63.
- Antunes, A. (2006). Lidar com a morte na equipa de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros- Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional*, pp. 57-61.
- Araujo, M. S., & Araujo, R. (2001). Ordem para Não Reanimar. (C. N. Vida, Ed.) *Tempo de Vida e Tempo de Morte*, p. 156.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, A. L., Humerez, D. C., Fakih, F. T., & Michel, J. L. (setembro/outubro de 2003). *Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar*. Obtido em 20 de 12 de 2012, de Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.5 Ribeirão Preto : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500004&script=sci_arttext
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bogdan, R., & Bilklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação- uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brêtas, J. R., Oliveira, J. R., & Yamaguti, L. (2006). *Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer*. Obtido em 21 de dezembro de 2012, de Revista da Escola de Enfermagem da USP: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf>
- Cardim, M. G., Rangel, D. L., Almeida, M. F., & Nascimento, M. A. (julho de 2004). O relacionamento interpessoal em situação de morte iminente da criança: um desafio para a enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, pp. 19-25.

Carneiro, A. H., Albuquerque, A., & Félix, M. (2010). *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Coimbra: Paula Grácio, Revista Saúde Infantil / ASIC Associação.

Collière, M.-f. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida- Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: LIDEL - edições técnicas.

Cruz, A. G., & Amaral, A. F. (2001). Que cuidados para os doentes em fim de vida? *Sinais Vitais* nº 36 , pp. 22-23.

Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si - O Corpo, a Emoção e Neurobiologia da Consciência*. Men Martins: Publicações Europa América.

Deodato, S. (2008). Ordem para não reanimar. *Parecer Conselho Jurisdicional-44/2008* , pp. 1-2.

Ferraz, S., & Simões, S. C. (2002). O enfermeiro e a proximidade da morte. *Boletim da Associação Nacional de Cuidados Paliativos* 7 , pp. 1-4.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação- da concepção à realidade* (1ª ed.). Camarate: Lusociência.

Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: Um designio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.

Frias, C. (6 de 2001). A espiritualidade: uma dimensão a valorizar no cuidar a pessoa em fim de vida. *Servir* 49 , pp. 263-266.

George, J. B., & Colaboradores. (2000). *Teorias de Enfermagem- Os Fundamentos à Prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed.

Gibson, P. (1993). Reanimação: as implicações éticas. *Nursing* 5 , pp. 18-20.

Gomes, C. d. (1995). O enfermeiro na ajuda à família com um doente terminal. *Sinais Vitais* 3 , pp. 29-32.

Hennezel, M. (2002). *Diálogo com a morte- os que vão morrer ensinam-nos a viver* (5ª ed.). Lisboa: Editorial Notícias.

Hennezel, M. (2003). *Nós não nos despedimos- uma reflexão sobre o fim da vida*. Lisboa: Editorial notícias.

Lei do Tribunal Constitucional. (1977). *Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1977* (4ª ed.). Coimbra: Coimbra Editora.

Loureiro, L. M., & Moniz, P. d. (2011). Ansiedade e atitudes perante a morte numa

amostra de enfermeiros caboverdianos. *Revista Referência* , p. 356.

Moreira, P. G. (1992). O doente terminal. *Servir* 40 , pp. 147-150.

Novoa, M., & Valderrama, B. (2006). *The Role of the Psychologist in an Intensive Care Unit* (Vol. 5). Universidade de Psychologia de Bogotá.

Nunes, L. (20 de janeiro de 2006). Cuidado no final de vida– Comentário de Lucília Nunes. *Ordem dos enfermeiros- Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional* , p. 70.

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R., & Deodato, S. (29 de Janeiro de 2006). Conclusões. *Ordem dos enfermeiros- Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional* , pp. 78-83.

Nunes, R. (20 de janeiro de 2006). A morte no ciclo vital– Comentário de Rui Nunes. *Ordem dos enfermeiros- Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional* , pp. 35-37.

Nunes, R. (26 de Maio de 2008). Guidelines Sobre Suspensão e Abstenção de Tratamentos em Doentes Terminais. *Serviço de Bioética e Ética Médica (FMUP)* . Porto: Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina do Porto.

Oliveira, A. (Janeiro de 2006). Olhar Inquieto- O jovem perante a morte. *Ordem dos enfermeiros- Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional* , pp. 16-30.

Oliveira, P., & Simões, S. (2000). A morte no hospital- um desafio para a enfermagem. *Enfermagem Oncológica* 14 , pp. 35-38.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). Código Deontológico dos Enfermeiros. *Estatutu* . Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (16 de Setembro de 2009). Código Deontológico dos Enfermeiros. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (21 de Abril de 1998). REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro* . Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros, C. d. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional*

Para A Prática de Enfermagem. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, S. (Janeiro de 2006). A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. *Ordem dos enfermeiros- Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional* , pp. 31-34.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Parece, A. M. (2010). Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de Medicina. *Mestrado em Cuidados Paliativos* (p. 299). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Queirós, A. A., Silva, L. C., & Santos, E. M. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Renaud, M. I. (Janeiro de 2006). Da finitude e fragilidade humana. *Ordem dos enfermeiros- Final de Vida- VI Seminário do Conselho Jurisdicional* , pp. 71-77.

Saraiva, D. M. (2009). Atitude do enfermeiro perante a morte – Investigação. *Revista Nursing* , pp. 6-13.

Serrão, D. (1997). A Medicina e a Ética no Século XX. *Brotéria 114* , pp. 213-222.

Serrão, D., & Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.

SFAP e Colégio de Cuidados de Enfermagem. (1999). *Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos* (1ª ed.). (D. G. Cadete, Trad.) Loures: Lusociência.

Shimizu, H. E. (maio/junho de 2007). *Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer*. Obtido em 20 de 12 de 2012, de Revista Brasileira de Enfermagem REBEn: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a02.pdf>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos - Diagnósticos e Intervenção* (5ª ed.). (L. Abecassis, F. A. Silva, & M. T. Leal, Trads.) Loures: Lusodidacta.

Watson, J. (2002b). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura- Um Novo Paradigma Da Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Xavier, S. (1999). Morte! Uma passagem de vida. *Servir 47* , pp. 75-78.

Apêndices

Apêndice I: Instrumento para realização das entrevistas - Guião de
Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte - Acolhimento	
Objetivo: Informar o participante	<ul style="list-style-type: none"> Identificação do investigador; Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo; Garantir a confidencialidade e anonimato; Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
II Parte – Caracterização do participante	
Objetivo: Caracterizar o participante	<ul style="list-style-type: none"> Idade _____ Sexo _____ Tempo de serviço _____ Tempo de serviço na Unidade de Cuidados Intensivos _____ Categoria profissional _____ Formação pós graduada _____

III Parte – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos Específicos	Questões orientadoras
Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros face ao doente em situação de DNR	<ul style="list-style-type: none"> No seu percurso profissional nesta unidade, certamente já vivenciou varias situações de DNR. Quer descrever uma dessas experiências? Que sentimentos vivenciou nessas situações?
Descrever as implicações das vivências de DNR na vida pessoal e profissional dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> Quais as implicações dessas vivências de DNR para a sua vida pessoal? E a nível profissional?
Identificar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a DNR um doente	<ul style="list-style-type: none"> Na sua opinião existem aspetos que interferem no modo como vivencia a

	<p>situação de DNR?</p> <ul style="list-style-type: none"> Quais as estratégias que mobiliza para lidar com a situação de DNR?
--	---

IV Parte – Fecho da Entrevista	
	<ul style="list-style-type: none"> Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Apêndice II: Temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registro

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS TEMAS, CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E Nº DE UNIDADES DE REGISTO DO ESTUDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Sentimentos/ reações dos enfermeiros face ao doente em situação de DNR	Ansiedade		<p>“ Mas sim, aquele aperto..., aquele aperto físico do coração, sim. De estar... (aperta as mãos no peito).” (E2)</p> <p>“Surgiram taquicardia, custar a engolir...” (E5)</p>
	Choro		<p>“Ainda não aconteceu assim nenhum choro compulsivo (...). Mas já tive vontade, mas acabei por superar...” (E2)</p> <p>“A única coisa que eu fiz foi chorar.” (E4)</p>
	Tristeza		<p>“...é (...) uma tristeza...” (E2)</p>
	Revolta		<p>“...confesso que tive alguma revolta...” (E2)</p> <p>... aceitamos a decisão médica e cumprimos o DNR. Mais nada. Cumprimos (...), nunca perguntamos o porquê, mas pouco faz a diferença o nosso porquê ou a nossa opinião porque a decisão já está tomada.” (E2)</p>
	Impotência		<p>“...a impotência que sentimos face à não resposta do ...doente e às terapias que estavam a ser desencadeadas...” (E3)</p> <p>“é um sentimento de impotência, de ter à mão tudo aquilo que é possível, disponível todo o tipo de aparelhagem, ter o sangue, ter os profissionais, ter realmente tudo à disposição e não haver resposta...” (E3)</p> <p>“...não depende muitas vezes, só ou sempre da técnica mas realmente de um conjunto de situações que muitas vezes nos ultrapassam e que não conseguimos mesmo fazer nada e fica-se a sensação de impotência.” (E3)</p> <p>“É o pores-te no lugar do outro, tu naquele estado de aflição, e pensar assim: tanta gente aqui à minha volta, médicos e enfermeiros e ninguém faz nada? Será que ele pensou isto?” (E4)</p> <p>“...doentes que conservam alguma vida de relação, que são capazes de interagir connosco, (...)que a nosso ver até tem alguma...(viabilidade), comunica connosco e tudo, mas se calhar podemos investir um pouco mais, e sentimo-nos incapazes, não é? E limitados.” (E6)</p> <p>“O sentimento foi um sentimento de impotência, de ver um senhor tão jovem, tão consciente que ele estava, e de não conseguir fazer nada. (E7)</p> <p>“Nós somos formados para salvar vidas e também para lidar com a morte, obviamente, mas quando vemos uma pessoa tão jovem com uma dificuldade respiratória e que não conseguimos resolver a situação, é uma sensação de impotência.” (E7)</p>

Sentimentos/ reações dos enfermeiros face ao doente em situação de DNR (cont ...)	Angústia	<p>“...é uma angústia...” (E2)</p> <p>“...cria um bocado de angústia e é um bocado difícil vivê-la porque supostamente somos profissionais e não teremos que exteriorizar este tipo de sentimentos.” (E2)</p> <p>“Eu pensei (...) no que ele estava a achar, que estava a morrer e que ninguém fazia nada...” (E4)</p> <p>“De angústia. E creio que consegui espelha-los...” (E5)</p>
	Desconforto	<p>“...não foi o caso em si, que mais mexeu comigo mas sim a envolvente..., da idade dele, da família e da situação como ocorreu, e então houve aí uma parte mais geral que me afetou mais...” (E1)</p> <p>“...se tiver uma evolução má, não vai ser para investir e faz-me alguma confusão esta desistência logo à partida, e quase sempre os interpelo...(E2)</p> <p>“...a mim choca-me muito mais, eu penso em famílias e num senhor de quarenta anos que se está ali a decidir a vida em cinco minutos.” (E2)</p> <p>“Mas há casos e casos, e uma das situações é que quanto mais novas as pessoas são, uma das coisas que me incomoda bastante é quando há filhos menores, situações sociais... enfim... que considero mais calamitosas e principalmente a idade.” (E3)</p> <p>“Quais seriam os pensamentos que aquele homem tinha? Isso fez-me muita confusão e mexeu comigo.” (E4)</p> <p>“Surgiram desconforto, (...), porque não estava mesmo confortável com a situação...” (E5)</p> <p>“... o desconforto inicial que sentia, legalmente, ou face àquilo que é recomendado, seria um desconforto mais individual e não tanto aquilo que seriam as orientações.” (E5)</p>

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS TEMAS, CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E Nº DE UNIDADES DE REGISTO DO ESTUDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros que cuidam de doentes sobre os quais foi tomada DNR	Relacionados com o doente	Idade	<p>” E custou um bocadito também por ser jovem, tinha 19 anos salvo erro, e então custou assim um bocadito!” (E1)</p> <p>“Era um senhor relativamente jovem, teria talvez quarenta anos...” (E2)</p> <p>“...um jovem de dezassete, dezoito anos...” (E3)</p> <p>“...era uma pessoa já com sessenta e muitos, não era velho, também não era novo (...) quando são pessoas de muita idade, (...) acho que tudo a seu tempo...” (E4)</p> <p>“...geralmente quando são pessoas mais novas, mexem mais connosco...” (E6)</p> <p>“... um senhor relativamente jovem, muito jovem, aliás com cinquenta e poucos anos ...” (E7)</p>
		Prognóstico	<p>“...ele não tinha viabilidade...” (E1)</p> <p>“...não tinha viabilidade nenhuma se realmente sobrevivesse a uma paragem...” (E2)</p> <p>“...a certa altura verificou-se que não adiantava continuar com as medidas de suporte, e foi dada a indicação para realmente se parar, não reanimar.” (E3)</p> <p>“...realmente este doente não tinha hipótese nenhuma, (...) foi fazer um TAC, os pulmões não tinham viabilidade nenhuma...” (E4)</p> <p>“...a doente mantinha “drive” respiratório, não era para traqueostomizar, a doente não iria ter nenhum tipo de qualidade de vida.” (E5)</p> <p>“... não tinha viabilidade, em termos cerebrais...” (E6)</p> <p>“...não tinha qualquer tipo de perspetiva que evoluísse favoravelmente devido à alteração pulmonar que apresentava.” (E7)</p>
		Estado de consciência	<p>“... se for um doente que esteja consciente, uma atenção especial, proporcionar-lhe o que ele quer, tentar-lhe falar da situação se estiver consciente daquilo que está a passar.” (E2)</p> <p>“...quanto maior for o nível de consciência, maior é o nível de desespero, sofrimento, e por muito que desejamos fazer, acho que há que pensar...” (E3)</p> <p>“...temos neste caso uma doente com mais de um ano de internamento, a olhar para nós, nós a olhar para ela, e perguntamos uns aos outros... isto é complicado, é terrível, a revolta do próprio aumenta...” (E3)</p> <p>“E a parte negativa..., uma pessoa consciente... o que é que ele estaria a pensar de nós? Eu estou mal e ninguém faz nada?” (E4)</p> <p>“É diferente, quando eles estão acordados de quando eles estão não acordados, em coma, já não há nada a fazer. Mas acordados custa-me muito.” (E4)</p>

Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros que cuidam de doentes sobre os quais foi tomada DNR (cont...)	Relacionados com o doente (cont ...)	Estado de consciência (cont ...)	<p>“...doentes que conservam alguma vida de relação, que são capazes de interagir connosco (...) comunica connosco e tudo, se calhar podemos investir um pouco mais... (E6)</p> <p>“...ver um senhor tão jovem, tão consciente que ele estava, e de não conseguir fazer nada (...) o senhor... solidão para ele, estar ali consciente de que a morte se estava a aproximar. “ (E7)</p>
	Relacionados com a família	Presença/ envolvimento	<p>“Chamou-se a família (...). E a mim marcou-me o facto..., pela positiva o facto de morrer acompanhado. Porque não é para todos, morrer com a família ao lado. E pela negativa, o olhar daquele homem. Marcou-me muito...” (E4)</p> <p>”A parte positiva que vivenciei foi estar ali com aquela família, não os larguei..., ele estar acompanhado...” (E4)</p>
		Reações	<p>“ E no dia seguinte, o que é que vai acontecer à família...” (E2)</p> <p>“A família raramente aceita (...) primeiro tem aquele período de negação.” (E2)</p> <p>“...foi bastante chocante também pelo aparato, mesmo da própria família...” (E3)</p> <p>...a família sente-se, enfim, despojada do seu familiar, não há suporte porque as pessoas não tem...” (E3)</p> <p>“Mesmo para a família, aquela família ao vê-lo naquele estado também não ia ser muito agradável.” (E4)</p> <p>“Por um lado estava acompanhado mas aquela família também deve ter ficado marcada para o resto da vida.” (E4)</p>
		Comunicação da má notícia	<p>“...muitas vezes a família também nos faz perguntas e tu não sabes o que lhe ades dizer porque não sabes o que é que o médico lhe disse.” (E4)</p> <p>“Também tive a perceção de que a decisão de não investir por esse caminho foi partilhada com a família. Pelos médicos, partilhada com a família.” (E5)</p>
	Relacionados com a situação	Causa desencadeadora	<p>“...marcou-nos de alguma forma não só pelo facto da situação do doente em si (jovem, sem viabilidade) mas também ... pelo envolvimento familiar.” (E1)</p> <p>“...um acidentado de mota, em que realmente tudo foi feito, mas havia uma hemorragia em toalha e tentamos tudo por tudo nessa situação...” (E3)</p> <p>“...um senhor de sessenta e poucos anos com uma doença pulmonar crónica, tinha uma silicose, em que foi decidido não reanimar e foi decidido suspender medidas.” (E4)</p> <p>“Era uma doente que teve uma hemorragia cerebral maciça, entretanto a doente mantinha “drive” respiratório...” (E5)</p> <p>“...era bombeiro, e subitamente foi-lhe diagnosticado uma fibrose pulmonar e (...) inicialmente estava em ventimask, com muita dificuldade respiratória, foi tentada a ventilação não invasiva, e o senhor com uma dificuldade respiratória muito acentuada e foi decidido que não era para entubar, para ventilar porque era um doente que não tinha qualquer tipo de perspetiva que evoluísse favoravelmente devido à alteração pulmonar que apresentava.” (E7)</p>

<p>Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros que cuidam de doentes sobre os quais foi tomada DNR (cont...)</p>	<p>Relacionados com a situação (cont ...)</p>	<p>Decisão Inesperada</p>	<p>“A decisão de não reanimar surgiu ali na situação de paragem... que... foi aquela situação de ameaça, “-se não reverter a partir deste choque, a enfermeira “X” não vai fazer mais nada...” (E2)</p> <p>“...foi ali aquela decisão que me deixou bastante perplexa porque de facto normalmente as minhas situações anteriores eram balizadas, eram discutidas antes e aquela... teve que ser no momento, ali, exato...” (E2)</p> <p>“...situações, que são decididas na hora, não há sequer assimilação que aquele doente é diferente daquele que não tem decisão de não reanimar.” (E2)</p> <p>“Foi colocado o doente em ventimask, ele estava a fazer bipap já, e para mim foi uma surpresa porque eu achava que aquele doente estava a evoluir favoravelmente apesar dos antecedentes.” (E4)</p> <p>“E marcou-me pela situação do doente estar ventilado, e lhe ter sido retirada a ventilação, e mais ainda, que foi mais grave, na altura interpretei como sendo grave, que foi a retirada do tubo oro-traqueal.” (E5)</p>
		<p>Critérios para a DNR</p>	<p>“Essencialmente (...) quando há indicadores precisos, (...) que o doente não terá nenhuma qualidade de vida e que não tem suporte hemodinâmico da parte dele para manter essas funções vitais (...)” (E1)</p> <p>“...vão fazer um TAC cerebral e tem um enfarte, e tem um desvio da linha média, e é um cérebro que nunca vai ter viabilidade.” (E2)</p> <p>“... desde que não se tenha uma qualidade de vida... quando não há realmente viabilidade de ter as suas capacidades cognitivas íntegras e estar dependente de outros para tudo...” (E2)</p> <p>“...penso que há vários critérios; disfunções multiorgânicas; a idade não deverá ser um fator imperioso mas deve também ser um fator a pesar, ...; os antecedentes; se..., nas suas atividades de vida diárias independente ou não; se é um doente que está bem integrado socialmente; se há um suporte familiar capaz de no caso de as coisas não correrem pelo melhor depois se realmente existe ou não esse suporte...” (E3)</p> <p>“...as disfunções multiorgânicas, idades extremamente avançadas, já com sequelas ou com comprometimento a nível motor, sem grande suporte familiar ou que realmente se antevê com estudos de apoio imagiológico e outros que a evolução daquele doente será um caso extremamente mau, social, em que realmente vai ser um peso para a família...” (E3)</p> <p>“...foi fazer um TAC, os pulmões não tinham viabilidade nenhuma...” (E4)</p> <p>“...quando são pessoas de muita idade (...) não estou a dizer que os mais novos tem direito a viver e os mais velhos não tem, (...), que se invista muito numa pessoa com trinta e tal, quarenta, cinquenta anos, ainda tem muito para dar. Mas quando tens doentes, oitenta e tal anos, não merecem aquilo...” (E4)</p> <p>“Vale a pena? O custo/benefício vale a pena?” (E4)</p> <p>“Desde que o doente faça aquilo que são os critérios clínicos face aquilo que possam ser também os meios complementares de diagnóstico que o atestam de que o doente não vai ter viabilidade.</p>

Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros que cuidam de doentes sobre os quais foi tomada DNR (cont...)	Relacionados com a situação (cont ...)	Critérios para a DNR (cont ...)	Penso que é lícito não reanimar se a qualidade de vida do doente em vez de melhorar, pelo contrário não vai ter benefício.” (E5) “... quando existem vários exames complementares de diagnóstico que veem que não podemos proporcionar mais nada àquele doente e que se calhar as medidas evasivas vão ser muito mais prejudiciais para o doente.” (E6) “...foi decidido que não era um doente para entubar, para ventilar porque era um doente que não tinha qualquer tipo de perspetiva que evoluísse favoravelmente devido à alteração pulmonar que apresentava.” (E7)
	Relacionada com o enfermeiro	Experiência Profissional	“...sendo eu jovem tanto como enfermeira, como aqui, achei uma barbaridade (...). Depois de a decisão estar tomada é tentar que tudo seja assimilado...” (E2) “...ao longo da profissão foram múltiplas as situações de que realmente há indicação para não reanimar. A primeira vez a pessoa fica: “-mas porquê?”, outras vezes perguntamos e fica-nos sempre a dúvida, isso é uma verdade.” (E3) “...às vezes é aquela sensação de trabalhar aqui há muitos anos e tu dizes assim: -bem, dali não se espera nada! Mas depois também há o engano.” (E4) “Creio que à medida que a gente vai tendo as experiências vamos aumentando a nossa bagagem de interpretação. E essa bagagem de interpretação vai nos ajudando nas situações seguintes e acho que é, face aos anos que trabalho em cuidados intensivos, isso me vai ajudando também a saber estar, e a saber estar com os colegas, com os médicos.” (E5)
		Não participação na decisão	“Mesmo na decisão à família (comunicação da decisão à família), nós não estamos presentes na comunicação, a família tem direito a saber, e nós não estamos presentes na comunicação. Estamos no pós, estamos a dar o apoio a seguir, mas acho que deveria ser uma reunião com a família (...) por eu não colaborar com essa decisão é que nem sempre é fácil entender e passar por ela.” (E2) “penso que não deveria ser uma decisão a ser tomada única e exclusivamente por médicos...” (E3)
		Défice de conhecimento sobre documentação existente no serviço	“Sim!” (tem conhecimento sobre os procedimentos existentes no serviço). (E1) “Que eu tenha conhecimento, não.” (E2) “Eu penso que não.” (E3) “Que eu saiba não.” (E4) “Não existem. Creio que todos vamos tendo a perceção destes desconfortos que vamos sentindo, há necessidade de fazer trabalho também nessa área.” (E5) “Eu não tenho conhecimento.” (E6) “Não, não existe.” (E7)
	Relacionados com a dinâmica da equipa	Proporcionar condições para morte digna	“...é preciso agilizar uma serie de coisas para proporcionar um fim de vida minimamente digno, numa unidade destas” (E2) “...permitir ao doente um desfecho naturalmente com a sua dignidade menos dolorosa do que tratamentos extremamente invasivos e extremamente dolorosos...” (E3)

Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros que cuidam de doentes sobre os quais foi tomada DNR (cont...)	Relacionados com a dinâmica da equipa (cont ...)	Proporcionar condições para morte digna (cont ...)	<p>“...sou apologista de que toda a gente tem direito a morrer com dignidade e há situações, em que posso parecer fria, mas acho que já chega...” (E4)</p> <p>“Aquele doente devia estar mais sedado. Devia estar mais sossegado. Morreu acompanhado mas acho que não morreu em paz, foi só isso.” (E4)</p> <p>“A minha questão passa exclusivamente pelo conforto que deveria ter sido considerado na situação, não que a decisão fosse errada, mas por aquilo que poderíamos ter a nível de cuidados, no sentido de dar mais conforto à doente.” (E5)</p> <p>“Na minha interpretação faria muito mais sentido não o ter retirado (o tubo oro-traqueal) e eventualmente ter sedado mais a doente e deixar que tivesse uma morte serena.” (E5)</p> <p>“...há que saber parar, e se essa decisão for tomada em equipa, há que chegar a um ponto e dizer, o doente não tem potencial, não vamos estar a submeter o doente a mais sofrimento, quando será só um prolongamento do sofrimento e não proporcionar-lhe qualidade de vida.” (E6)</p>
		Questões ético-legais	<p>“...questões de emigrantes em que as leis eram bastante diferentes das que são cá e colocaram-se dilemas de que...até que ponto estaríamos a violar algum direito humano.” (E2)</p> <p>“...mas há uma grande percentagem de doentes que realmente são gastos em números e não podemos só medir a saúde pelos gastos mas também é um fator a ter em conta, e que passados três, quatro, oito dias, o desfecho é a morte...” (E3)</p> <p>“...está envolvida toda a sociedade porque todo o dinheiro que é gasto num doente que o desfecho será aquele que conhecemos e antevemos, todo o dinheiro que vai sendo gasto, poderemos estar a hipotecar para outro tipo de doenças e de doentes...” (E3)</p> <p>“...essas decisões por vezes deixam-me sempre o sentimento...por causa desta situação, estamos a gastar meios e recursos que provavelmente poderiam ser mais bem aproveitados?” (E3)</p> <p>“Eu penso que tem que ser tudo muito bem medido, tudo muito bem pensado... o fator custo irá, se calhar, sobrepor-se ao fator ético.” (E3)</p> <p>“Eu não sou objetora de consciência, não sou, mas... não achei correto e não fiz.” (E4)</p> <p>“... prolongar uma situação que não tem fim à vista.” (E4)</p> <p>“O custo/benefício vale a pena?” (E4)</p> <p>“...devia ter tido o direito de morrer mais sereno.” (E4)</p> <p>“Os dilemas foram mais dentro dos quatro princípios, da autonomia, da beneficência, da não maleficência, talvez dentro da não maleficência que se levantassem mais porque se não vai fazer bem ao doente mal não pode fazer, e acho que ao retirar-se o tubo, estaria ali (...) algum desrespeito por esse princípio...” (E5)</p> <p>“...o encarniçamento terapêutico de... esse sentimento surge também muitas vezes...” (E7)</p>
			<p>“...aquilo que se verifica é que durante a noite haverá essa indicação, por exemplo, durante a manhã vem outra equipe de médicos e a decisão é exatamente oposta, à tarde vem outra equipa e a decisão já é novamente a que era anteriormente e não há consenso...” (E3)</p>

<p>Fatores que interferem na vivência dos enfermeiros que cuidam de doentes sobre os quais foi tomada DNR (cont...)</p>	<p>Relacionados com a dinâmica da equipa (cont ...)</p>	<p>Falta de uniformidade nos critérios de atuação da equipa</p>	<p>“Aqui funciona muito assim: Não é para fazer nada mas não vamos decidir agora; vamos esperar pela equipa que vem amanhã para falarmos entre todos, depois é capaz de vir a equipa e dizer assim: não é para fazer nada e amanhã já é para fazer alguma coisa. Portanto, depende de quem esteja...” (E4)</p> <p>“A mim choca-me quando... é para desligar aminas depois da visita(...), deixar entrar a visita e depois desligar aminas.” (E4)</p>
		<p>Envolvimento da equipe multidisciplinar na decisão</p>	<p>“Esta é uma situação puramente clínica (...) Aqui não, temos sempre os médicos presentes, (...) e temos sempre estas situações, já sabemos o percurso do doente ou o que é que teoricamente irá acontecer, e o médico já tem isso acordado connosco e depois então é uma questão da resposta do doente.” (E1)</p> <p>“Aqui é exclusivamente médica a decisão e não se fala nada com a equipa de enfermagem. Comunica-se a decisão. Só.” (E2)</p> <p>“A mim comunicam-me a decisão mas não me chamam para colaborar na decisão.” (E2)</p> <p>“...nós não participamos desta decisão e isto advém sempre dos médicos, nós só temos que saber que é para não reanimar nessa situação.” (E2)</p> <p>“...é uma decisão, que deveria ser uma decisão a nível de equipa multidisciplinar (...) é uma decisão... tomada a nível médico... nós enfermeiros praticamente ou quase sempre não somos ouvidos, ou se somos ouvidos, não é a nossa opinião que vai decidir...” (E3)</p> <p>“...a decisão de não reanimar (...) é tomada pela equipa médica e não deveria ser só, porque afinal de contas quem passa mais tempo com estes doentes somos nós, e provavelmente mais que alguns médicos...” (E4)</p> <p>“Acho que deveria ser uma decisão tomada em equipa, conversarmos para toda a gente estar ao corrente.” (E4)</p> <p>“...muitas vezes a família também nos faz perguntas e não sabes o que lhe ades dizer porque não sabes o que é que o médico lhe disse (...) este tipo de decisões deviam ser tomadas em equipa, para todos falarmos a mesma linguagem, sejam médicos sejam enfermeiros...” (E4)</p> <p>“A interdisciplinaridade que existe e a presença contínua de entre os grupos profissionais faz com que ambos se vão monitorizando, e como é óbvio será uma decisão de não reanimar, ou seja, de suspensão eventual de medidas.” (E5)</p> <p>“...o facto de DNR não ser uma responsabilidade nossa, é um compromisso médico, o que nos descarta essa responsabilidade...” (E6)</p> <p>“Eu penso que a decisão de não reanimar um doente deve ser uma decisão ponderada em equipa, e deve envolver médico, enfermeiro, deve envolver a família do doente, a família deve estar presente nessa decisão...” (E7)</p>

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS TEMAS, CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E Nº DE UNIDADES DE REGISTO DO ESTUDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Implicações das Vivências de DNR na vida dos enfermeiros	A nível pessoal	Forma de vivenciar a morte	<p>“...estes paradigmas que nós temos de pensar, de às vezes (...) olhamos só para nós, e então quando existem estas situações, (...), acho que elas fazem-nos pensar um bocadito. E então aí, acho que altera a personalidade, no mínimo a personalidade.” (E1)</p> <p>“Eu acho que com essas experiências fui sabendo lidar melhor com a morte. E, eu acho que evolui enquanto pessoa com essas experiências, de forma positiva e serena.” (E6)</p> <p>“Hoje sou uma pessoa muito mais medrosa no que diz respeito a mim e aos meus que antes de ser enfermeira, muito mais receio da morte. Vejo o perigo em muita coisa, porque surgem aqui situações desse género e então estou muito alerta para isso, mas não deixo que isso também me cause ansiedade, mas sou uma pessoa muito mais medrosa, muito menos aventureira, muito menos.” (E7)</p>
		Um outro olhar sobre a vida	<p>“De pensar...em relação a nós próprios, de pensar às vezes nalgumas situações em que nos colocamos ou vivenciamos e que depois vemos aqui o pior resultado e que nem sempre temos isso em mente quando o praticamos.” (E1)</p> <p>(...) Pelo menos tive vários pensamentos em relação a mim, à conduta pessoal,...ter mais alguns cuidados, ou pelo menos pensar mais um bocadinho antes de fazer determinadas coisas. E depois (...) acho que devemos aproveitamos a vida o mais possível e enquanto cá estamos, não fazer grandes projetos, muito distantes...” (E1)</p> <p>“Acabo por passar umas horas seguintes mais deprimida, se calhar. Depois a fase em que dou mais valor à vida, a fase em que preciso falar sobre isto...” (E2)</p> <p>“...nós pensamos de que tanto podemos estar muito bem, como de repente, acontecer-nos alguma coisa e a nossa vida muda por completo. Tanto no sentimento como se fosse filha, como se estivesse na posição da própria doente. E isso, claro que interfere um bocadinho no nosso humor, no nosso estado de espírito, do dia.” (E6)</p> <p>“...tento corrigir em termos posturais e em termos de respeito pela dignidade e ter um sentimento que a minha missão foi bem concluída. (...) Eu acho que o importante (...) é nós termos consciência de que fizemos tudo até à hora da decisão. E no pós decisão, claro. Acho que é ter a noção de missão cumprida.” (E6)</p>

Implicações das Vivências de DNR na vida dos enfermeiros (cont ...)	A nível profissional	Foco de atenção no cuidar	<p>“...uma atenção especial, se for um doente que esteja sedado, uma atenção especial.” (E2)</p> <p>“... acho que tenho uma perspetiva diferente e acho que também a devo ter. Tenho uma família para gerir, e sentimentos e tenho o próprio doente...” (E2)</p> <p>”Normalmente, no meu planeamento e na minha prestação de cuidados a essa pessoa mantenho as situações do conforto, situações de alimentação, e (...) que realmente a pessoa não esteja em sofrimento.” (E3)</p> <p>“... permitir, no possível, à família estar o mais presente com o doente.” (E3)</p> <p>“... considero que apesar daquela pessoa não ter viabilidade, continua a ser pessoa e continua se calhar até a ter mais necessidade de acompanhamento da minha parte, sinto essa necessidade, de prestar mais conforto e ter mais cuidado com a situação. (...) o tubo, quanto a mim iria dar conforto ao doente em fim de vida. (...) Iria dar conforto porque era necessário aspirar e portanto iríamos estar a traumatizar, criar desconforto em fim de vida.” (E5)</p> <p>“... saber se a família de alguma forma foi envolvida ou não e se esta ou não esclarecida da situação, proporcionar, na medida do possível, o maior tempo de permanência da família, se essa assim o desejar ...” (E5)</p> <p>“E uma vez que está comprovado com dados clínicos que não existe outra forma de melhorarmos a situação da doente, é proporcionar conforto, apoio familiar e se calhar dar mais apoio à família.” (E6)</p> <p>“Às vezes sou ainda mais cuidadosa ... como trato de gerir o ambiente físico e o conforto para que aquele doente tenha um fim de vida melhor ainda.(...) dar o banho (...) reflete no próprio doente a serenidade de ter tomado um banho, relaxado, massajar o corpo..., eu acho que esses cuidados são importantes para eles também.” (E6)</p> <p>“...nos doentes cuja decisão é não reanimar, acima de tudo tento proporcionar o máximo de conforto (...) e estou sempre atenta aos sinais da dor, ao fômites, e alerta o médico nesse sentido...” (E7)</p>
		Gestão das emoções	<p>“Acho que realmente ainda é um assunto que nos passa... vivendo muito mas passa um bocadinho ao lado, esta decisão. Falamos muito pouco nela e devíamos estar mais presentes.” (E2)</p> <p>“Tento que realmente isso não interfira com a minha forma de estar.” (E3)</p> <p>“Eu tento que todas as situações que vou vivenciando não me afetem do ponto de vista psicológico, ou se acontecer, que sejam muito rápidas de forma a que possa avançar para outro tipo de situações e elas não fiquem ali a influenciar negativamente de forma que possa tomar decisões para outras situações.” (E3)</p> <p>“...se ficar, ..., a martelar numa situação constantemente, isso pode ser prejudicial para o desempenho claro, consciente e decisor noutras situações para outros doentes. E influenciar até negativamente a equipe.” (E3)</p>

<p>Implicações das Vivências de DNR na vida dos enfermeiros (cont ...)</p>	<p>A nível profissional (cont ...)</p>	<p>Gestão das emoções (cont ...)</p>	<p>“...quando a equipe médica diz, pergunto o porquê... é aí que algumas vezes o profissional de enfermagem é ouvido, penso que por muito ou noventa por cento das vezes não é acreditado...” (E3)</p> <p>“...um planeamento o mais aberto possível à família de forma a que possam ter o tempo necessário para, por vezes até resolverem situações que não eram esperadas... Porque há muitos familiares às vezes que... são os próprios a dizer que o ideal seria pararem medidas.” (E3)</p> <p>“...para uma família, é doloroso perder alguém, mas, é doloroso ver esse alguém sofrer, porque vamos sofrendo aos bocadinhos também ...” (E4)</p> <p>“Se for preciso chorar, eu choro, não tenho problema nenhum. Porque eu sou humana, como as outras pessoas, quem quiser pensar mal que pense, mas eu sou humana, e estou mais próxima.” (E4)</p> <p>“...eu geralmente não me envolvo muito emocionalmente, não o posso fazer, eu acho. Protejo-me mais e pronto, uma vez que não tinha viabilidade, nós acreditamos na parte médica...” (E6)</p> <p>“Eu acho que a nossa prática é influenciada pela forma como nós vivenciamos essas experiências, e o lidar com a morte, neste caso, a decisão de não reanimar é lidar com a morte, e é claro que também influencia a minha prática.” (E7)</p>
---	--	--	--

REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS TEMAS, CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E Nº DE UNIDADES DE REGISTO DO ESTUDO

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente	Promoção de momentos de partilha/reflexão das vivências	Família e amigos	<p>“...a fase em que preciso falar sobre isto, ...acabo por ter bastantes colegas enfermeiros, mas acabo por ter necessidade de exteriorizar isto porque me deixa mesmo angustiada e...damos outro valor..., nós que estamos nesta área acabamos por dar valor e ao mesmo tempo condiciona algumas coisas que queremos fazer e pensamos sempre na pessoa que está ali, o porquê dela estar ali.” (E2)</p> <p>“E a forma de poder lidar melhor com isso foi partilhar. Partilhar, mesmo com a família ...” (E5)</p>
		Com a equipa	<p>“... nunca estamos sozinhos e acabamos por passar essas situações.” (E2)</p> <p>“Nunca participamos porque é que não é para reanimar, nunca o fazemos (...) acho que é um assunto que deveria ser integrado com a equipa toda, pelo menos, falo por nós, os enfermeiros. Devemos participar disso.” (E2)</p> <p>“E temos que os viver só connosco, eventualmente falar entre nós mas, raramente acontece. Pelo menos, pessoalmente, raramente a gente... pode até dar um desabafo, uma linha e acabou, ficou por ali, raramente falamos muito sobre esse assunto...” (E2)</p> <p>“Mas quase sempre quando não consigo encontrar o meu porquê lógico, os interpelo, o porquê daquilo.” (E2)</p> <p>“... já falei com a chefia, porque deveria haver reuniões... interdisciplinares sobre este assunto.” (E2)</p> <p>“É sentarmos todos á volta da mesma mesa e discutirmos o assunto, em conjunto, e sobretudo diminuir esta revolta que muitas vezes as passagens de turno se tornam expressivas, que é, parece que andamos aqui a brincar.” (E3)</p> <p>“...normalmente questiono, no momento, e as coisas ficam resolvidas.” (E3)</p> <p>“...a equipa de uma forma multidisciplinar, neste caso médicos e enfermeiros, porque são os que lidam diretamente com esta situação, se juntassem, discutissem, (...). Porque os porquês ajudam muitas vezes a crescer, a perceber e são objetivos e algo de estudo, de mudança, de atitudes e de crescimento profissional e teórico e prático.” (E3)</p> <p>“...eu continuo a achar que este tipo de decisões deviam ser tomadas em equipa, para todos falarmos a mesma linguagem, sejam médicos sejam enfermeiros (...) porque é que essas reuniões que eles fazem entre eles não nos incluem a nós?” (E4)</p> <p>“...discutindo isso com alguns médicos da Unidade com quem tenho mais à vontade (...) A</p>

Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente (cont ...)			interdisciplinaridade que existe e a presença contínua de entre os grupos profissionais faz com que ambos se vão monitorizando.” (E5)
	Aquisição de conhecimentos	Experiência Profissional	<p>“...tenho uma perspetiva de que é um assunto.... muito vivenciado, pouco falado, pouco investido... Eu não acho que preste menos cuidados, nem piores cuidados aquele doente mas acho que tenho uma perspetiva diferente e acho que também a devo ter.” (E2)</p> <p>“...é evidente que ao longo dos anos a pessoa vai sentindo uma certa resistência, passo a expressão, e ficamos quase que imunizados.” (E3)</p> <p>“Às vezes é aquela sensação de trabalhar aqui há muitos anos e tu dizes assim: -bem, dali não se espera nada! Mas depois também há o engano.” (E4)</p> <p>“A única coisa que eu faço e que talvez não fazia dantes, mas já faço há uns tempinhos largos, é o apoio à família. Eu dantes custava-me lidar com a morte, e era capaz de deixar a família ali, (...), e agora não o faço, (...) Pergunto se precisam de alguma coisa, um chá, (...), o pegar na mão, o dar um abraço, que não fazia antigamente.” (E4)</p> <p>“Creio que à medida que a gente vai tendo as experiências vamos aumentando a nossa bagagem de interpretação. E essa bagagem de interpretação vai nos ajudando nas situações seguintes...” (E5)</p> <p>“Mudanças de conhecimentos sobre o tema, mudanças de saber estar sobre a situação, e também alguma mais capacidade de aceitação, também porque fui crescendo e de viver com mais tranquilidade estas situações...” (E5)</p> <p>“...creio que no início de carreira a minha postura não seria a que é atualmente. Portanto, acho que cresci.” (E5)</p> <p>“...no início fazia um bocadinho mais de impressão, envolvia-me mais emocionalmente, depois fui aprendendo a aceitar e a cuidar com carinho, com aquela atenção e sem medos, e então muito mais à vontade.” (E6)</p>
		Pesquisa Bibliográfica	“Incomodou-me essa situação bastante, face a isso tive que procurar literatura que pudesse, ajudar a interpretar melhor, atendendo que não considere muito correta a atitude (...) pesquisar no sentido de poder minimizar aquilo que era a angústia.” (E5)
	Reflexão individual		<p>“...às vezes refletirmos mais sobre o nosso papel enquanto humanos, enquanto andamos cá (...) aos casos que nós temos aí e as causas que levam a essas mortes são inexplicáveis ou menos calculadas...e então...leva-nos assim a pensar, (...),devemos ultrapassar isso e gozar enquanto cá andamos.” (E1)</p> <p>“...de facto toda a gente se revê um bocado na situação, os que são mais velhos como os pais, os que são mais novos como sendo eles a viver aquilo...” (E2)</p> <p>Acabo por passar umas horas seguintes mais deprimida, se calhar. Depois a fase em que dou mais valor à vida (...) relembro-me de acidentes de mota, e relembro-me dessas coisas todas, acabam</p>

Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros para lidar com a situação de não reanimar um doente (cont ...)	Reflexão individual (cont ...)	<p>por condicionar uma serie de atividades que repenso nelas...”(E2)</p> <p>Acho que realmente ainda é um assunto que nos passa... vivendo muito mas passa um bocadinho ao lado, esta decisão. Falamos muito pouco nela e devíamos estar mais presentes.” (E2)</p> <p>“...fica-nos sempre um ponto de interrogação até existir depois outro caso e o tempo diluir no tempo a situação (...) ...a sensação que nos fica, ou que me fica nas primeiras horas é que realmente temos que viver a vida um dia de cada vez...” (E3)</p> <p>“E depois fico... penso muitas vezes, se fosse comigo, em algumas situações, por amor de Deus, não me façam isto.” (E4)</p> <p>“Talvez mentalmente, quando perante um doente que tem indicação de não reanimar, em mim se gere o sentimento de ter algum cuidado com. (...) Cuidados de conforto (...) é uma área que nós temos que desenvolver.” (E5)</p> <p>“Por exemplo, às vezes diziam: “-está prestes a falecer” e até tinham medo de até dar o banho, vou esperar mais um bocadinho... Não, eu acho que ... reflete no próprio doente a serenidade de ter tomado um banho, relaxado, massajar o corpo..., eu acho que esses cuidados são importantes para eles também.” (E6)</p> <p>“Sensibilidade, maior sensibilidade à família. Acho que uma pessoa vivenciando essas situações, vai ficando muito mais sensível a essas situações.” (E7)</p>
	Desenvolvimento da Espiritualidade	<p>“Eu tenho uma posição muito serena face a isso, porque, também tenho uma parte espiritual de suporte que me leva a aceitar melhor os factos.” (E6)</p>
	Mecanismo de fuga	<p>“...mas depois vamos para o quotidiano e tentamos esquecer e é uma das coisas que faço mesmo para ultrapassar, é realmente esquecer, porque se não a pessoa começa a ficar de certa forma envolvida psiquicamente e psicologicamente nestas situações e acaba por se sentir um bocado incomodado...” (E3)</p> <p>“Posso pensar um bocadinho no assunto mas saio daqui e desligo. Porque tem que ser. Quando mete jovens, e depois quem tem filhos, isto implica um bocadinho, mas desligo. Posso pensar um bocadinho no assunto e até me lembrar..., mas desligo completamente.” (E4)</p> <p>“...geralmente não me envolvo muito emocionalmente, não o posso fazer, eu acho. Protejo-me mais e pronto, uma vez que não tinha viabilidade, nós acreditamos na parte médica, e ficamos sem outra hipótese...” (E6)</p> <p>“... no início fazia um bocadinho mais de impressão, envolvia-me mais emocionalmente, depois fui aprendendo a aceitar e a cuidar com carinho, com aquela atenção e sem medos, e então muito mais à vontade.” (E6)</p>

Apêndice III: Pedido para a realização do estudo

Exma Sr.^a Diretora
da Escola Superior de Saúde

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

A aluna Julieta Martins Lucas, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica pretende realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Vivências dos Enfermeiros face à Decisão de Não Reanimar um doente em Cuidados Intensivos” sob a orientação da Professora Doutora Isaura Peixoto e coorientação do Mestre Arminda Vieira. Este estudo tem como objetivo compreender as vivências dos Enfermeiros que cuidam de doentes sobre os quais foi tomada Decisão de Não Reanimar e a colheita de dados será efetuada através de entrevista semiestruturada (anexo), no período de 30 de abril a 20 de maio de 2012, junto de enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Hospital de Braga.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supracitado.

Atenciosamente

Viana do Castelo, 22 de março de 2012

De: **Maria Das Dores Dos Santos Amorim** <dores.amorim@hospitaldebraga.pt>

Data: 12 de Março de 2013 à 16:53

Assunto: Estudo "Vivências dos enfermeiros face à decisão de não reanimar um doente em Cuidados Intensivos"

Para: "jlucas949@gmail.com" <jlucas949@gmail.com>

Boa tarde,

Incumbe-me a Comissão Executiva e a Comissão de Ética deste Hospital de a informar que o estudo mencionado em epígrafe foi autorizado.

Muito obrigada pela atenção dispensada. Ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Com os melhores cumprimentos,

Maria das Dores Amorim

Secretariado da Administração

Hospital de Braga – Escala Braga , Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.

Sete Fontes - S. Victor

4710-243 Braga

Tel: 253 027 285 Fax: 253 027 999

dores.amorim@hospitaldebraga.com.pt

www.hospitaldebraga.com.pt

Apêndice IV: Termo de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO

Assunto: "Vivências dos Enfermeiros face à Decisão de Não Reanimar um doente em Cuidados Intensivos"

Eu, abaixo assinado, _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar. Tomei conhecimento dos objetivos, métodos e benefícios previstos.

Foi-me comunicado que tenho o direito de desistir da minha participação no estudo, a qualquer momento, bem como ao anonimato e à confidencialidade da informação.

Garantiram-me ainda que a fita de gravação da entrevista será destruída após a conclusão do estudo e no caso de não concordar com este recurso, o investigador tomará anotações no decorrer da mesma.

Pelo presente, declaro que fui informado sobre a pesquisa e que consinto em participar na investigação.

Braga, __ de ____ de 2012

O Enfermeiro: _____

O Investigador: _____